EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr ANDRÉ GUILLEMIN

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE NANCY
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL MARINGER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

NANCY

IMPRIMERIE CAMILLE ANDRÉ
1, Boulevard Jean-Jaurès — Téléphone 2.56

1930

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TITRES ET FONCTIONS

PLAN GÉNÉRAL

1° **Titres et Fonctions dans l'Université et dans les Hôpitaux.**

2° **Enseignement.**

3° **Titres divers :**

- **Distinctions honorifiques ;**
- **Sociétés scientifiques et universitaires ;**
- **Services militaires.**

GRADES UNIVERSITAIRES

ET

TITRES OBTENUS AU CONCOURS

Externe des Hôpitaux 1911-1914.

Interne des Hôpitaux 1914-1920.

Assistant de Physiologie 1912.

Moniteur d'Anatomie 1912-1913.

Aide d'Anatomie 1913-1920.

Prosecteur 1920-1921.

Chef de Clinique Chirurgicale 1920-1925. (Service du Prof. VAUTRIN.)

Docteur en Médecine 1921.

Chirurgien des Hôpitaux 1926.

Chirurgien de l'Hôpital Maringer.

ENSEIGNEMENT

ET

FONCTIONS UNIVERSITAIRES

Aide d'Anatomie.

Prosecteur.

Démonstrations et conférences d'Anatomie 1912-1921.

Chef de Clinique Chirurgicale 1920-1925.

Conférences d'Internat.

Participation à l'enseignement à la Clinique Chirurgicale du Professeur Vautrin.

Suppléances de Clinique Chirurgicale pendant les vacances universitaires (Professeur Vautrin).

Suppléance de Service Chirurgical (Professeur agrégé Binet).

TITRES DIVERS

Distinctions Honorifiques

Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy.

Prix de Physiologie 1912.

Prix de Chirurgie et d'Accouchement 1914.

Prix de Thèse 1921.

Croix de guerre.

Lettres de félicitations du Médecin inspecteur de la IIIe armée (17-6-18), du Médecin inspecteur du XXe Corps d'armée

Médaille d'honneur des Epidémies (Argent et Bronze).

Médaille Interalliée.

Sociétés scientifiques et universitaires

Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1921.

Membre de la Société de Médecine de Nancy 1921.

Membre de l'Association française de Chirurgie 1924.

Membre Correspondant de la Société Nationale de Chirurgie 1929.

Membre Correspondant de la Société Anatomique 1930.

SERVICES PENDANT LA GUERRE

1914-1918

Médecin-major de 2e classe de réserve.

Médecin auxiliaire (Infanterie), 1914-1919.

Médecin aide-major 1918.

Equipe chirurgicale divisionnaire 1918-1919.

Chirurgien de l'Hôpital militaire Sédillot 1926.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES



INFECTIONS

Deux cas d'actinomycose de la fosse iliaque droite.

Société de Médecine de Nancy, 8 décembre 1920 (*Revue Médicale de l'Est*, 15 février 1921). En collaboration avec M. Barthélemy.

Nous avons présenté deux malades atteints de lésions inflammatoires chroniques de la région inguino-iliaque droite chez lesquels nous avions porté le diagnostic d'actinomycose, confirmé par l'examen bactériologique. Ces malades furent traités par la médication iodurée *per os* à la dose de 4 grammes et chez l'un des malades on fit en plus un curettage des lésions. Les résultats obtenus furent très satisfaisants.

Anthrax de la face. Guérison par le bouillon de Delbet.

Société de Médecine de Nancy, 9 février 1921 (*Revue Médicale de l'Est*, 15 avril 1921). En collaboration avec M. Binet.

L'analyse bactériologique ayant décelé la présence de staphylocoques au niveau de la lésion, nous avons obtenu une guérison à peu près complète en quatre jours, grâce au bouillon de Delbet, dont nous fîmes le premier jour 4 cm^3 et une dose analogue deux jours après. Il n'y eut aucune réaction, ni locale, ni générale à la suite de cette thérapeutique. Ce résultat est remarquable si on songe que la lèvre supérieure était prise en totalité avec la joue droite, que la tuméfaction remontait jusqu'à l'angle interne de l'œil, et que la température était à 40°.

A propos de 22 observations de vaccinothérapie par les bouillons de Delbet.

Paris Médical, 11 novembre 1922.

Les résultata obtenus dans ces vingt-deux cas m'ont permis de me faire une opinion sur le vaccin de Delbet.

J'ai utilisé pour son administration la voie sous-cutanée, bien qu'elle semble produire une réaction plus vive que l'injection intra-musculaire.

Les cas ainsi traitéa ont été : des adéno-phlegmons, des phlegmons et des anthrax — un cas d'hydrosadénite — un érysipèle de la face — un cas de furonculose — une plaie infectée — un abcès du sein — une cellulite pelvienne — une ostéomyélite.

La réaction générale manque souvent ; parfois, on constate quelques frissons, un peu d'agitation, mais pas de cyanose, pas de délire.

La réaction locale est infime, surtout si on injecte le vaccin par doses fractionnées.

Dans ces observations, j'ai obtenu de bons résultats dans les lésions de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, dans les abcès du sein. Ils sont discutables dans la furonculose, les plaies infectées, l'ostéomyélite. Les suppurations chroniques ne sont pas influencées peut-être à cause des associations microbiennes qu'on y trouve.

Pour que la vaccinothérapie de Delbet soit efficace, il faut la pratiquer dès le début de l'affection. On voit alors les phénomènes généraux et locaux s'amender et régresser. Le succès est d'autant plus facile à obtenir que les microbes qui ont servi à préparer le vaccin sont de même race que ceux auxquels on s'attaque. Le terrain intervient également pour favoriser l'action du vaccin.

Cette méthode a donc une valeur incontestable et peut être considérée comme un adjuvant utile des moyens chirurgicaux habituels dans le traitement de certaines infections.

Depuis huit ans que cette thérapeutique a vu le jour, j'ai eu bien souvent l'occasion de l'employer. Actuellement, pour diminuer l'intensité de la réaction locale, je fais appliquer un pansement humide chaud à la place de l'injection. Les phénomènes généraux varient avec chaque malade.

OS

Ostéome du brachial antérieur. Radiothérapie. Extirpation. Guérison.

Société de Médecine de Nancy, 14 mars 1923 (*Revue Médicale de l'Est*, 15 mai 1923). En collaboration avec M. Ch. MATHIEU.

Nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter un ostéome du brachial antérieur. Celui-ci est survenu quinze jours après une luxation du coude en arrière. Le traitement radiothérapique eut dans ce cas une très heureuse influence qu'il nous fut possible de contrôler radiographiquement. Il est en effet admis que les rayons X provoquent la maturation des ostéomes. CHEVRIER l'a recommandée comme préparation à l'extirpation. Mais en raison de la gêne persistante, l'extirpation fut pratiquée cinq mois après le traumatisme initial et nous obtînmes une guérison sans incidents avec un excellent résultat fonctionnel.

Volumineuse exostose ostéogénique de l'extrémité inférieure du fémur.

Société de Médecine de Nancy, 10 novembre 1920 (*Revue Médicale de l'Est*, 15 janvier 1921.

J'ai présenté, avec MM. VAUTRIN et BINET, un petit malade de 16 ans qui portait au niveau de l'extrémité inférieure du fémur une exostose du volume d'un poing d'adulte. Pas d'exostoses en d'autres points de l'organisme. — Ablation suivie de guérison à longue échéance.

Chondrome ostéoïde d'origine périostique au niveau du petit trochanter.

Société de Médecine de Nancy, 9 avril 1924 (*Revue Médicale de l'Est,* 15 mai 1924). En collaboration avec MM. Bohème et Michon.

Cette tumeur, dont fut pratiquée l'extirpation, était attenante au petit trochanter et présentait le volume d'une tête de fœtus.

L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit d'un chondrome développé en plein périoste et nettement séparé du petit trochanter, malgré sa contiguïté. Le développement de la tumeur en plein périoste, l'absence de récidive au bout de cinq mois, sont des arguments en faveur de la théorie de la « métaplasie » du tissu cartilagineux aux dépens du tissu conjonctif de Leriche et Policard.

VAISSEAUX

Contusion artérielle. Thrombose oblitérante. Transfusion sanguine.

Société de Médecine de Nancy, 25 juin 1924 (*Revue Médicale de l'Est*, 1er juillet 1924). En collaboration avec M. MICHON.

Thrombose oblitérante traumatique de l'artère poplitée.

Société de Chirurgie de Paris. Rapporteur : M. MOUCHET, 1er avril 1925 (***Bulletin de la Société de Chirurgie***, 11 avril 1925, p. 432-436).

Dans cette communication, je donne tout d'abord en détail l'observation complète de ce blessé : traumatisé du genou gauche avec plaie de la région poplitée sans atteinte apparente du paquet vasculo-nerveux. Gros strock traumatique. Seize heures après, arrêt complet de la circulation au niveau de ce membre inférieur et nécessité d'une amputation de cuisse. Association au traitement chirurgical d'une transfusion sanguine d'urgence. Guérison normale sans incidents.

L'examen anatomo-pathologique montre une élongation avec diminution de calibre du vaisseau, semblable à celle que l'on observe après sympathectomie. Dans l'épaisseur de l'adventice se remarquent de nombreuses suffusions hémorragiques qui la dissocient. La tunique moyenne, à part quelques très rares et très discrets infiltrats hémorragiques, est intacte. L'intima porte une déchirure longitudinale intéressant toute son épaisseur pour s'arrêter à la limitante élastique interne. Entre les deux bords de cette déchirure, qui se sont rétractés vers l'intérieur de

l'artère en se recroquevillant, est encastré un thrombus blanc, riche en polynucléaires, sur lequel est implanté un volumineux caillot cruorique obturant la lumière artérielle.

Je discute alors les variétés et le mécanisme de ces ruptures artérielles.

L'arrêt circulatoire ne s'est pas constitué d'emblée comme dans les observations de Sencert ou de Makins. Il n'est survenu qu'au bout de 16 heures. On peut le constater plus tardivement encore. Lejars a particulièrement insisté sur cette oblitération retardée, explicable soit par la formation lente du caillot au niveau d'une lésion légère, soit par la thrombose progressive de tout un segment vasculaire.

Je n'insisterai pas sur toute l'utilité d'une transfusion chez un malade shocké et anémié comme celui-ci, c'est de notion classique. Et les effets de la transfusion, suivis pas à pas pendant 48 heures, ont donné des précisions sur son retentissement quant à la pression, l'indice oscillométrique et la fréquence du pouls.

Injection intra-cardiaque d'adrénaline au cours d'une syncope chloroformique. Survie de 35 minutes.

Société de Médecine de Nancy, 14 mai 1924 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er juin 1924).

Au cours d'une syncope chloroformique, j'ai pratiqué une injection intra-cardiaque de deux milligrammes d'adrénaline.

Ebauche de mouvements respiratoires : le pouls est faiblement perceptible. La respiration artificielle est continuée et, dix minutes plus tard, on pratique une nouvelle injection intra-cardiaque de deux milligrammes d'adrénaline — s'accompagnant des mêmes phénomènes — trente-cinq minutes après la première injection, on ne perçoit plus que des fibrillations — le pouls s'arrête — la cornée se ternit.

Injection intra-cardiaque d'adrénaline.

Revue Médicale de l'Est.

La syncope anesthésique demeure un gros aléa des interventions. TOUPET a fait connaître la méthode des injections intra-cardiaques d'adrénaline qui peut transformer en simple alerte une syncope qui autrement aurait pu être mortelle.

Je rapporte trois cas personnels avec un échec, un résultat temporaire et un succès définitif, concernant, le premier une malade atteinte de goître exophtalmique opérée d'appendicite, le deuxième une luxation traumatique de la hanche, et le troisième une parotidite suppurée. Les anesthésiques employés étaient le mélange de Schleisch, le chloroforme et le kélène.

La précocité de l'injection est un élément de sa réussite.

Volumineux anévrisme de l'aorte abdominale; ectasie de la crosse aortique.

Société de Médecine de Nancy, 12 janvier 1921. En collaboration avec M. BINET.

Ce malade présentait une tumeur pulsatile du flanc gauche, dont les battements sont synchrones de ceux du pouls.

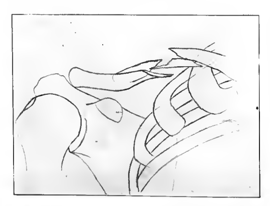
La radiographie montrait une ectasie de la crosse de l'aorte, mais ne donnait aucun renseignement sur la tumeur abdominale. C'est alors que nous fîmes un examen radioscopique après avoir pratiqué un pneumo-péritoine. Par ce procédé, nous constatons une tumeur nettement pulsatile et nous confirmons notre diagnostic d'anévrisme de l'aorte abdominale par une autopsie pratiquée quelque temps après.

Déchirure de la veine sous-clavière par fracture fermée de la clavicule.

Société de Chirurgie. Mars 1930.

Un homme de 54 ans fait un faux pas et tombe sur l'épaule droite. Le lendemain, je constate une déformation considérable de la région claviculaire qui est tuméfiée, de même que la région pectorale. Les téguments sont violacés, ecchymotiques. Les mouvement du bras sont impossibles. Il y a une fracture de la clavicule ; la radiographie montre quatre fragments. En raison de l'étendue et de l'intensité de l'ecchymose, je pense qu'il existe une lésion d'un vaisseau par une esquille et j'interviens aussitôt.

J'incise à 5 centimètres au-dessus de la clavicule, à travers un tissu cellulaire, un filtré de sang. En arrivant sur la clavicule, un flot de sang jaillit. Hémostase au doigt, puis avec une pince sur chacun des bouts de la veine sous-clavière. La déchirure veineuse se présente sous forme d'un accroc triangulaire à sommet externe. La veine est liée.



Les esquilles sont remises en place et fixées par un cerclage au fil de bronze, en forant des trous à travers les fragments. Le muscle sous-clavier est interposé entre l'os et les vaisseaux.

Les suites opératoires ont été simples, bien que le blessé ait présenté pendant plusieurs jours un œdème considérable du membre, sans troubles de sensibilité. Il a récupéré intégralement l'usage de son bras.

On observe assez rarement, de l'avis de TANTON, des lésions vasculaires dans les fractures fermées de la clavicule, et elles sont généralement de cause directe. Dans ces cas, c'est la veine qui est la plus ordinairement lésée par sa position même, et le plus souvent dans la zone où les rapports entre l'os et la veine sont le plus immédiats, c'est-à-dire à l'union des tiers moyen et interne de la clavicule.

Je n'ai pas tenté une suture latérale du vaisseau blessé ; si cela est nécessaire pour l'artère sous-clavière, il n'y a pas d'intérêt à la réalisei sur la veine, car les troubles qu'engendre sa ligature ne sont que passagers.

L'hématome est en général considérable, il s'infiltre dans la gaine des vaisseaux sous-claviers et carotidiens, s'étale sur le dôme pleural et fuse sous les pectoraux.

Cet hématome n'était pas pulsatile ; mais cette absence de pulsations n'est pas un signe absolument certain de l'intégrité de l'artère. L'ouverture d'un hématome au fond duquel sont logés de gros troncs vasculaires du volume du tronc sous-clavier constitue une opération toujours grave, car, sans parler de l'aspiration d'air toujours possible, elle expose à une hémorragie brutale qui, si l'artère est largement déchirée, peut entraîner la mort rapide et même brusque par syncope, avant qu'il ne soit possible de maîtriser l'hémorragie.

CRANE, TÊTE, COU ET RACHIS

Kyste dermoïde du bregma (extra et intra-crânien).

Société de Médecine de Nancy, 27 février 1924 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er mars 1924). En collaboration avec M. le Professeur VAUTRIN.

Cette intéressante observation concerne une malade de 14 ans qui présente dans la région bregmatique une tuméfaction remarquée pour la première fois alors qu'elle était âgée de deux ans. Cette tuméfaction indolore atteignit en peu de temps le volume d'une noix, puis resta stationnaire. Elle fut ponctionnée et on retira un liquide clair. Cette tumeur est située au niveau de la suture fronto-bipariétale, elle est du volume d'une demi-mandarine, indolore, molle, non réductible. A sa périphérie, on sent une crête osseuse assez vive.

Cette tumeur est à la fois extra et intra-crânienne, et après extirpation on constate qu'elle est remplie de matière cebacée avec quelques poils. Il s'agit donc bien d'un kyste dermoïde intra-crânien, développé au niveau du bregma.

Syndrôme cérébelleux. Tumeur cérébrale probable. Intervention. Amélioration persistante.

Société de Médecine de Nancy, 26 mars 1924 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er avril 1924). En collaboration avec M. BENECH.

J'ai eu l'occasion d'intervenir chez une jeune femme présentant des signes de tumeur cérébrale siégeant au niveau de l'hémisphère cérébelleux gauche.

En explorant, on trouve une méningite localisée à type de kyste séreux au niveau de l'angle ponto-cérébelleux. Les parois méningées de ce kyste présentent des points blanchâtres qui paraissent être sans discussion des tubercules. Ils sont enlevés.

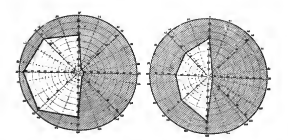
Depuis l'intervention, la malade est en excellent état. Les troubles nerveux ont régressé, de même que la cécité. Actuellement encore (six ans après l'opération), la malade peut lire son journal.

Abcès cérébral traumatique tardif.

Bulletin de la Société de Chirurgie, t. LV, N° 23, 6 juillet 1928, p. 945-949.

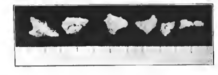
C'est un exemple remarquable de la tolérance encéphalique vis-à-vis de corps étrangers et de l'infection, puisque la période de latence a été de plus de 13 ans.

Le malade de cette observation a été blessé en septembre 1914 : séton par balle de la région pariéto-occipitale gauche ayant creusé une simple gouttière dans la table externe. Après une période d'aphasie, il éprouve des troubles multiples : hémiparésie, hémianesthésie, hémianopsie latérale homonyme droite complète, cécité verbale, astéréognosie. Cet état persiste jusqu'en 1928 : il perd alors brusquement connaissance pendant deux heures et souffre si violemment de la tête qu'il ne peut même plus supporter son chapeau.



La radiographie montre la présence de plusieurs esquilles dans la région pariéto-occipitale gauche.

C'est dans ces conditions qu'il m'est adressé pour intervention. Au niveau de la cicatrice, il y a une tuméfaction allongée, fluctuante. Sous anesthésie locale et en position assise, la cicatrice est débridée, il s'écoule du pus. Le crâne ruginé montre le sillon creusé par la balle dont le fond est formé de tissu fibreux. Il est détaché des bords de l'orifice osseux. Quand il est mis de niveau avec les méninges, il sort quelques gouttelettes de pus par un petit orifice. Celui-ci permet d'engager une sonde cannelée qui pénètre de 3,5 cm. dans le cerveau, dans une cavité tapissée d'esquilles provenant de la table interne. Elles sont enlevées, au nombre de neuf. La cicatrisation se fait sans incident.



Trois mois après, le blessé écrivait que ses céphalées avaient complètement disparu, ses facultés s'étaient améliorées, il n'est plus obligé de chercher ses mots.

Au bout de 14 mois, il n'est survenu aucun changement, en particulier l'hémiparésie, l'hémianesthésie et l'hémianopsie ne se sont pas modifiées.

Un syndrôme aussi net de lésion corticale est rare. Il s'y ajoutait des manifestations affectant les caractères du syndrôme sensitif cortical de Déjerine-Roussy. L'examen clinique a permis, même en dehors de la radiographie, de déterminer exactement le siège et l'étendue des lésions, en théorie du moins, car opératoirement les dégâts ne permettent pas un repérage aussi précis.

Inutile d'insister sur les avantages de l'anesthésie locale et de la position assise, indispensables pour la chirurgie cranio-encéphalique.

La prothèse caoutchoutée dans le traitement opératoire de l'Epilepsie Jacksonienne procure-t-elle une amélioration durable?

Revue Médicale de l'Est, 15 février 1925.

A la suite des beaux résultats obtenus par le Professeur DELBET, la prothèse caoutchoutée dans le traitement de l'épilepsie Bravais-Jacksonienne a été utilisée par un grand nombre de chirurgiens dans le but d'éviter l'adhérence des méninges ou du cerveau avec les plans superficiels et de permettre la cicatrisation normale des lésions cérébrales. Cette méthode visait à supprimer les crises ultérieures d'épilepsie traumatique.

Cette thérapeutique amena bien vite des déceptions dans l'espoir que l'on avait fondé sur elle : ou bien les crises réapparaissaient après une période de latence de plus ou moins longue durée, ou bien l'amélioration était insignifiante — ou encore la plaque s'éliminait ou s'enroulait sur elle-même malgré les précautions prises pour la fixer en bonne position.

J'avais été séduit au premier abord par les arguments invoqués en faveur de l'interposition d'une lame de caoutchouc, mais les résultats modifièrent ma façon de voir.

Dans ce travail, je rapporte trois observations qui concernent des blessés chez lesquels une cranioplastie par lame caoutchoutée fut pratiquée. Après une amélioration passagère, les crises reprirent, avec une intensité effrayante chez le premier malade, et il fut nécessaire d'enlever la lame.

Dans la première et la troisième observation, la lame s'était repliée, comprimant plus ou moins le cerveau.

Dans la seconde, on trouve en réintervenant une formation pseudokystique du côté tégumentaire, déprimant la lame en cupule à son centre et jouant le rôle d'épine irritative. La lame, là encore, n'avait pas joué son rôle.

Ces observations confirment donc le pronostic posé par DE MARTEL à la Société de Chirurgie sur cette opération de prothèse ; il disait en effet que si cette prothèse améliorait quelque temps les troubles observés, il craignait qu'elle n'entretînt et aggravât les cas d'épilepsie jacksonienne ainsi traités.

Contribution à l'étude du muscle mylo-glosse.

Bibliographie anatomique, fasc. 3, t. XXIV, pages 123-136.

Au cours de mon séjour au laboratoire d'anatomie, mon attention a été attirée sur une anomalie musculaire que j'ai cherché à élucider au cours de ce travail. Le but de ces recherches consistait à savoir si oui ou non le muscle mylo-glosse existe bien.

De nos recherches bibliographiques, j'ai dû conclure que les diverses opinions étaient bien variables : elles étaient en désaccord tant en ce qui concerne son orientation exacte que ses insertions osseuae et linguale.

J'ai fait de nombreuses dissections :

Chez les animaux, je n'ai rien trouvé qui se rapproche du mylo-glosse.

Chez l'homme (35 têtes), *une fois seulement* j'ai constaté la présence d'un faisceau musculaire identifiable, à première vue, au mylo-glosse.

Ce muscle s'étend un peu obliquement de haut en bas, de l'angle du maxillaire inférieur au bord de la base de la langue du même côté. Il passe en avant des muscles du pharynx. C'est un muscle légèrement conique, dont la base répond à la langue et le sommet à l'angle du maxillaire. Sa longueur est de 4 cm. 5 à 5 cm. Son diamètre est de 1 cm. 5 à la base et 1 cm. au sommet.

Après avoir étudié très minutieusement ce muscle, j'en arrive à conclure qu'il ne peut s'agir du mylo-glosse. Que le mylo-glosse n'existe pas normalement, ni même comme anomalie. Les descriptions des auteurs qui ont signalé ce muscle laissent voir qu'il s'agissait dans leurs observations, soit des faisceaux linguaux du pharyngo-glosse, anormalement développés, soit du stylo-glosse, ou d'un faisceau de ce muscle dont un faisceau supérieur était reporté sur le maxillaire inférieur.

Nous concluons que le terme de mylo-glosse doit être rayé de la nomenclature anatomique de l'homme, parce que les faisceaux musculaires décrits sous ce nom ne constituent pas véritablement un muscle supplémentaire.

Poussée de strumite dans un goître exophtalmique.

Revue Médicale de l'Est, 1er janvier 1921. En collaboration avec MM. Vautrin et Binet.

Cette malade intéressante dont nous donnons l'observation présentait tous les signes d'une maladie de Basedow avec en plua des signes de compression trachéale et œsophagienne.

Un mois auparavant, elle avait fait une poussée de strumite dans son goître exophtalmique — caractérisé par une augmentation très sensible de son goître et une accentuation des symptômea déjà présentés. Nous avons essayé le traitement médical avant de tenter un traitement chirurgical dont les résultats sont encore inconstants.

Coup de stylet entre l'atlas et l'axis. Plaie du sac arachnoïdien sans lésion médullaire et sans lésien vertébrale. Syndrôme de Jackson terminal.

Société de Médecine de Nancy, 11 février 1920 (*Revue Médicale de l'Est*, 1er mars 1920). En collaboration avec M. Heully.

Fracture de la colonne vertébrale.

Société de Médecine de Nancy, 12 janvier 1927 (*Revue Médicale de l'Est*, 15 janvier 1927, p. 52).

Un jeune homme de 21 ans fait une chute du 2e étage et tombe sur ses pieds. Fracture de la jambe gauche à l'union des tiers inférieur et moyen ; éclatement dea calcaneum ; fracture de la première et de la deuxième lombaire dont les corps sont fissurés obliquement en bas et à gauche. Les disques intervertébraux sus et sous-jacents sont écrasés.



Pas de signe autre que la douleur localisée, et une légère gibbosité qui persiste après consolidation.

Fractures isolées des apophyses transverses lombaires.

Société de Médecine de Nancy, 12 janvier 1927 (*Revue Médicale de l'Est,* 15 janvier 1927, p. 53).

Ces fractures, quand on les cherche systématiquement, ne sont pas aussi rares qu'on le croyait. Elles sont surtout fréquentes chez les mineurs.

Dans un premier cas, c'est un cavalier qui, en se renversant en arrière, est heurté par l'arçon de sa selle. La radiographie montre une fracture des deux apophyses de la Vᵉ lombaire.

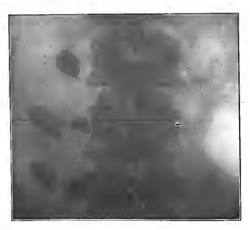
Dans le deuxième cas, un homme, en tombant d'un grenier, heurte une échelle. La radio présente une fracture des apophyses transverses gauches des 2ᵉ, 3ᵉ, 4ᵉ et 5ᵉ vertèbres lombaires.

Ces fractures sont souvent méconnues et confondues avec des contusions lombaires.

Fractures isolées des apophyses transverses des vertèbres lombaires. Résultats et radiographie trois ans après.

Bulletin de la Société de Chirurgie, t. LIV, N° 7, 3 mars 1928, p. 275-283.

Il s'agit d'un homme de 39 ans qui, tombant en arrière du premier étage, heurte le montant d'une échelle par sa région lombaire gauche.



La radiographie montre l'existence d'une fracture des quatre premières apophyses transverses gauches. L'écartement du fragment va en augmentant de vertèbre en vertèbre pour atteindre deux centimètres à la cinquième. Malgré une immobilisation plâtrée, le blessé, au bout de

trois ans, continue à souffrir dans le domaine du sciatique par compression au niveau des cals.

Les fractures isolées des apophyses transverses lombaires sont moins rares qu'il ne semble à première vue. LANCE les estime à 9 % des accidents du travail. Elles surviennent surtout chez des ouvriers mineurs et semblent produites par le brusque redressement du tronc fléchi, la mise en extension brusque des masses sacro-lombaires saisissant le tronc en position fléchie.

Le diagnostic de la lésion est le plus souvent une découverte de la radiographie, et encore peut-elle donner lieu à des erreurs d'interprétation ; sa symptomatologie diffère peu de celle d'une contusion de la région lombaire.

Le pronostic de ces fractures varie suivant qu'il s'agit d'une fracture par choc direct (peu d'apophyses brisées en général, déplacement minime) ou d'une fracture par arrachement musculaire (déplacement considérable).

Le traitement devra être l'immobilisation dans un corset plâtré. Si ultérieurement surviennent des douleurs provoquées par le volume du cal, le seul traitement radical sera une intervention sur l'ancien foyer de fracture, mais faut-il encore noter que le diagnostic de ces compressions osseuses par la radiographie est très difficile et se posera surtout par les commémoratifs et l'examen clinique.

Hématomyélie par luxation antérieure complète de la Ve vertèbre cervicale.

Bulletin de la Société Anatomique, 20 décembre 1923. En collaboration avec MM. BOHÈME et MICHON.

Cette observation concerne un sujet ayant fait une chute au cours d'un plongeon et présentant des troubles nerveux très sérieux — chez lequel on trouve à l'examen nécropsique : un vaste épanchement sanguin particulièrement abondant au niveau de C VI, où il occupe presque la totalité de la section médullaire et propagé, d'autre part, en hauteur

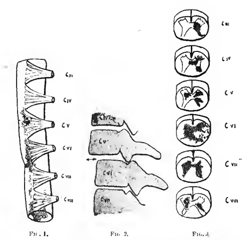


Fig 1 — Face antero-latérale gauche de la moelle cervicale avec suffusions sanguines apparentes et sillon imprimé par le bord postéro-supérieur du corps de la VI° vertebre cervicale
Fig 2. — Schema de la luxation complete de Cv, d'apres la radiographie
Fig 3. — Topographie schematique de l'hémorragie intramédullaire.

à partir de ce foyer principal jusqu'au segment C II d'une part, jusqu'à la moelle dorsale d'autre part.

Côte lombaire avec absence de la première côte dorsale et fusion des 2° et 3° côtes du même côté.

Revue Médicale de l'Est, 15 octobre 1925. En collaboration avec M. Charles.

Ces anomalies se trouvaient réunies chez un malade souffrant de douleurs lombaires depuis un an et chez lequel une opération d'Albee avait été pratiquée pour mal de Pott lombaire. Cette opération n'amène aucun soulagement et nous voyons ce malade qui nous présente à l'examen radiologique les lésions suivantes :

Outre l'existence de lésions pottiques des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires, *la présence d'une côte lombaire* très développée située à gauche et s'articulant par sa tête avec la première vertèbre lombaire.

Du même côté, *l'absence de la première côte,* sans qu'il en subsiste aucun vestige, du moins visible aux rayons X.

La fusion de la 2e et de la 3e côtes. — Ces deux côtes possèdent une tête et une tubérosité qui semblent s'articuler normalement ; mais immédiatement en dehors de cette tubérosité, elles se fusionnent intimement et restent fusionnées jusqu'à leur union avec le cartilage costal correspondant.

Cette anomalie complexe est sans exemple, nous semble-t-il, dans la littérature.

L'opération d'Albee dans le mal de Pott de l'adulte. Ses indications. Ses résultats.

Archives franco-belges de Chirurgie, année XXIX, N° 9, septembre 1926.

Ce travail, fait au service du Professeur VAUTRIN, constitue une revue générale de la question, pour lequel j'ai consulté une grosse partie de la littérature parue à cette époque, et dans lequel je donne mes observations personnelles avec les résultats obtenus et les réflexions qu'elles m'ont suggéré.

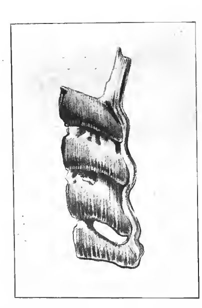
Après avoir esquissé l'historique de la question, je fais dans une première partie du travail *l'étude clinique et expérimentale des greffes d'Albee.*

L'évolution anatomique du greffon peut être schématisée de la façon suivante : ou il se résorbe, ou il vit.

1° *Il se résorbe.* — Cette résorption serait due, soit à un défaut de contact étroit du greffon avec son lit de greffe (Murphy), soit à une nécrose partielle ou totale (dix cas sur 145), soit comme chez le malade de Tuffier une élimination totale par suite de suppuration.

2° *Il vit.* — C'est l'immense majorité des cas ; la démonstration en a été faite par des données expérimentales, des interventions, des autopsies, enfin par de nombreuses radiographies.

Nous avons fait examiner histologiquement une pièce anatomique prélevée sur un de nos opérés mort de pneumonie deux ans apres l'inter-



vention. On se trouvait en présence d'un bloc osseux massif et solide formé par la fusion intime et totale de la greffe et des apophyses épineuses voisines. Le greffon n'était nullement altéré et l'examen histologique le démontra.

Nous étudions ensuite *le rôle mécanique du greffon* et son degré de résistance aux diverses forces agissant sur lui — en rappelant et en discutant les diverses expériences de De Quervain et Hœssly et les objections de Calvé.

Enfin, nous étudions le rôle du greffon sur la cicatrisation du foyer tuberculeux.

Dans la seconde partie de notre travail, on trouve discutées *les indications de l'ostéosynthèse vertébrale.*

1° *Indications d'après l'âge :* nous la rejetons, avec la plupart des auteurs, chez l'enfant où elle ne donne que peu de résultats, quand, comme l'a soutenu Calvé, elle n'est pas nuisible. Nous la croyons indi-



quée, au contraire, chez l'adulte.

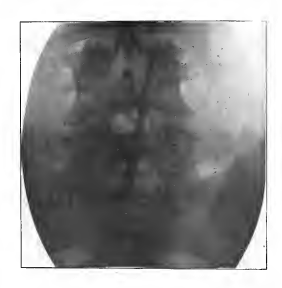
2° *Indications d'après l'ancienneté* des lésions, leur étendue et leur siège.

3° *Indications d'après les complications :* paraplégie, abcès fistulisés, mauvais état général.

Pour nous, les conditions idéales de l'intervention sont réalisées chez un individu robuste, adolescent ou adulte, atteint de mal de Pott dorsal ou dorso-lombaire au début, avec petite gibbosité, sans abcès ni paraplégie.

Nous rapportons les observations de 13 malades opérés dans le service du Professeur Vautrin, soit par lui-même, soit par moi. Ces malades ont été revus tous les six mois et radiographiés chaque fois qu'ils

sont revenus vers nous, ce qui nous permet de présenter dans ce travail un certain nombre de clichés, parmi les plus intéressants, qui per-

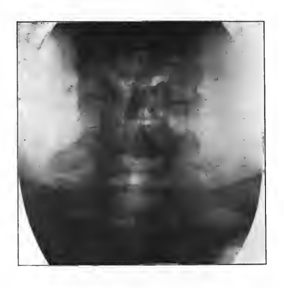


mettent de suivre le processus de consolidation et de saisir les étapes successives de la guérison.

Ces observations viennent à l'appui de celles publiées par d'autres auteurs pour montrer l'efficacité réelle de l'ostéosynthèse vertébrale à la manière d'Albee dans la tuberculose vertébrale de l'adulte, sa mortalité faible ou même nulle, son action particulièrement heureuse sur certains segments du rachis.

Suivent, pour terminer ce travail, quelques considérations sur la technique à laquelle nous nous sommes arrêtés définitivement : prélèvement d'un greffon tibial, création d'une tranchée vertébrale par incision demi-circulaire découvrant les apophyses épineuses qui sont sec-

tionnées par le milieu, d'arrière en avant, les deux parties étant écartées avec un ciseau à froid, fixation du greffon par suture au catgut des plans musculo-aponévrotiques, pas de drainage. Decubitus dorsal pen-



dant sept à huit semaines ; en général, pas de corset, sauf si on le juge nécessaire.

Ce travail a été cité par les rapporteurs au Congrès français de Chirurgie de 1929, et dans leur statistique, ils me classent 11e des chirurgiens français par le nombre d'opérations faites.



Spondylite typhique.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. LV, N° 35, 28 décembre 1929, p. 1411-1417. En collaboration avec M. L. MATHIEU, médecin des Hôpitaux.

Alors que l'âge de prédilection de la spondylite typhique est de 20 à 35 ans, la malade que nous avons traitée avait 72 ans. Ceci, joint à l'évolution assez anormale de son affection, rendait singulièrement difficile le diagnostic.

Etant au bord de la mer, cette femme contracte une maladie fébrile étiquetée grippe, puis en face de poussées à 39° avec raideur rachi-



dienne on pense à des phénomènes méningés. Quelque temps après, l'hypothèse de fièvre de Malte est envisagée. Ce n'est que dix mois plus

tard qu'elle ressent des douleurs dorso-lombaires et qu'on constate une saillie d'une apophyse épineuse lombaire. Cette gibbosité éveille l'idée d'un mal de Pott.

La radio montre une destruction partielle de L[1] et de L[2] avec disparition du disque intervertébral et angulation à ce niveau.

Mais comme la fièvre persiste, on pratique une réaction d'agglutination au bacille d'Eberth qui est positive au 1/25, 1/50, 1/100, 1/200 — positive pour le bacille de Gartner à 1/25 et 1/50, négative pour le para A et B. Le diagnostic se trouvait donc posé.

La spondylite typhique est une affection rare. LANCE, qui rapportait



cette observation à la Société de Chirurgie, n'en avait observé que deux cas. Contrairement aux ostéo-périostites post-typhiques, la spondylite apparaît dans le décours de la pyrexie et non longtemps après. La radio-

graphie n'a rien de typique et il ne reste, pour étayer le diagnostic de spondylite infectieuse, que la soudaineté des lésions, la violence extraordinaire des douleurs, la persistance d'une température élevée. La recherche du bacille d'Eberth fixera sur la variété d'infection en cause.

Nous avons immobilisé la malade dans un plâtre. On a préconisé également l'emploi de la vaccinothérapie. Le résultat que nous avons obtenu a été excellent, puisque la malade, malgré son âge, a repris intégralement ses occupations et a augmenté de 15 kilogrammes en deux ans.

Cette observation nous fournit l'occasion d'une revue de la question, en général peu connue.

Spondylite traumatique.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. LV, N° 33, 14 décembre 1929, p. 1316-1319.

La maladie de Kummell-Verneuil devant faire l'objet d'un rapport au prochain Congrès français de Chirurgie, il nous a semblé intéressant de publier trois cas qu'il nous a été donné d'observer, cas calqués les uns sur les autres et qui sont tout à fait caractéristiques de l'allure clinique de la maladie.

Un homme de 20 ans reçoit une masse de fonte de 20 kilogrammes sur les reins ; hospitalisé au bout de dix mois, cyphose au niveau de L^4 qui est affaissée. — Une femme de 33 ans, trois après une chute dans un escalier, ressent des douleurs lombaires exaspérées par la moindre secousse. A la radio, aplatissement de L^2 qui affecte la forme d'un coin à sommet antérieur. — Enfin, la troisième observation concerne un terrassier de 38 ans pris sous un éboulement en creusant une fouille ; après un mois de repos il reprend son travail, mais buit mois plus tard il doit l'interrompre en raison des douleurs au niveau de L. A la radio, tassement vertical de L^1, sans déformation angulaire.

Il n'est pas nécessaire que le traumatisme ait eu une violence considérable pour déterminer ces troubles (obs. II).

L'intervalle libre a été de cinq mois, un an, buit mois ; sa durée n'est en relation ni avec l'importance du traumatisme initial, ni avec la période d'immobilisation consécutive, qui a été dans les cas correspondants de quinze jours, deux jours et sept mois.

Le malade de l'observation I, celui qui souffrait le plus, est le seul qui ait présenté une modification des réflexes ; c'est également celui dont la lésion est la plus basse.

Dans ces trois cas, la radiographie a montré qu'il y a eu fracture primitivement méconnue, ou reconnue mais insuffisamment immobilisée. Ils rentrent donc dans le type clinique décrit par VERNEUIL en 1892. La raréfaction osseuse très visible sur les clichés du premier malade est-elle consécutive à la fracture et à l'immobilisation consécutive, ou est-elle attribuable, comme le voulait KUMMEL, à une dystrophie survenant à la suite du traumatisme ?

Le problème n'est pas encore résolu.

CŒUR ET THORAX

Plaie de l'oreillette gauche par coup de scalpel. Opération. Guérison.

Société de Médecine de Nancy, 14 février 1923 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er mai 1923). En collaboration avec M. le Professeur VAUTRIN.

Contribution à l'étude des plaies des oreillettes.

Revue de Chirurgie, 1924, p. 294-315. En collaboration avec M. le Professeur VAUTRIN.

Il s'agit d'un étudiant qui, jouant avec un camarade à l'amphithéâtre de dissection, est atteint d'un coup de scalpel dans la région précordiale. Il est transporté une demi-heure après à l'hôpital en état de syncope. Les signes généraux sont impressionnants, mais les signes locaux permettant de diagnostiquer l'hémopéricarde ne deviennent cliniquement et radiographiquement apparents qu'une demi-heure environ après son arrivée à l'hôpital.

L'intervention est pratiquée immédiatement. Après avoir tracé un volet à charnière externe du type Fontan et ouvert le péricarde contenant une grande quantité de sang, on découvre une plaie siégeant sur l'oreillette gauche. La plaie est suturée par trois points de catgut.

Après une période post-opératoire assez inquiétante, le blessé se rétablit et sort guéri de l'hôpital, un mois après l'accident.

L'arrêt du cœur dans les plaies auriculaires se produit par un double mécanisme ; « les oreillettes sont comprimées par le sang des ventricules dont la pression est supérieure à la pression auriculaire. Le sang ne peut plus affluer dans les ventricules et le cœur s'arrête » (Fr.

FRANCK et LAGROLET). D'autre part, le sang s'épanche entre le péricarde, inextensible, et le cœur, au moment de la systole, c'est-à-dire au moment où le volume du cœur est le plus petit. Si bien que la place manquera aux ventricules pour se laisser distendre en diastole par l'ondée auriculaire. Les ventricules sont bloqués, le cœur s'arrête.

Chez notre blessé, l'épanchement péricardique n'a laissé aucune trace. Il n'existe pas de symphyse perceptible.

La tension artérielle n'a pas subi grande modification : 18-9 après l'accident, 16-8 trois semaine après, 16-10 un an après.

On ne constate aucune perturbation fonctionnelle par l'examen simultané du pouls radial et jugulaire. Deux ans après l'opération, on peut considérer le cœur comme revenu à son **état normal.**

On ne peut reconnaître une symptomatologie particulière aux plaies des oreillettes ; il est à peine possible de préjuger de leur blessure suivant le siège de la plaie et sa direction ; au surplus, leur gravité est grande et sitôt le diagnostic d'atteinte du cœur soupçonné, il faut intervenir.

Les voies d'abord peuvent se classer en trois groupes :

1° *Incisions rectilignes* avec ou sans résection costale (REHM, LEPORT, COSTANTIN et VIGOT, etc...).

2° *Incisions en volet* à charnière interne, supérieure, externe, complexe.

3° *Thoraco-Laparotomie,* voie transterno-diaphragmatique de DUVAL et BARNSBY.

Ce travail se termine par un certain nombre d'observations recueillies dans la littérature.

Plaie du ventricule gauche par l'extrémité acérée d'un fragment de côte fracturée.

Société de Médecine de Nancy, 23 juin 1923 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er août 1923).

Un homme de 53 ans a été écrasé par un lourd chariot à deux roues. Il est tombé, a été heurté par le marchepied, puis a calé la roue. A son entrée à l'hôpital, il présentait différentes plaies sur la face, une fracture du maxillaire inférieur entre les incisives du côté gauche, une fracture de la clavicule gauche au tiers moyen — une fracture ouverte de l'omoplate gauche au niveau de la coracoïde et de l'épine avec une plaie

dans la fosse sus-épineuse, et enfin des fractures de côtes du côté gauche.

Quatre jours après l'accident, le blessé meurt très rapidement.

A l'autopsie, on trouve un péricarde rempli de sang, embroché par la pointe d'un fragment d'une côte fracturée qui a déterminé une plaie pénétrante du ventricule gauche.

Le fait est très rare et la mort peut être attribuée, soit à une plaie sèche du cœur, plaie produite au moment de l'accident, qui a donné lieu à une hémorragie secondaire ; soit à une perforation à l'occasion d'un mouvement brusque chez un blessé éthylique .

A propos de la cardiolyse.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. LII, N° 11, 27 mars 1926, p. 331.

La cardiolyse ayant été à l'ordre du jour de la Société Nationale de Chirurgie, j'ai versé cette observation aux débats. Elle concerne un homme de 30 ans traité pour polysérosite et qui présente une dyspnée intense avec rythme cardiaque accéléré (130 pulsations) et pouls paradoxal, frottements péricardiques, dépression respiratoire des jugulaires.

Le traitement médical n'ayant donné aucun résultat, j'ai pratiqué, à la demande du médecin traitant, une cardiolyse. Sous anesthésie locale, et par voie médiane, trans-sternale, après avoir récliné les plèvres, j'ai incisé le péricarde étroitement uni au cœur. La libération s'est effectuée au doigt, facilement pour les côtés et la pointe, mais plus péniblement pour la face postérieure. J'ai inondé le péricarde d'huile camphrée pour éviter la reproduction des adhérences et l'ai suturé.

L'opération a été très bien supportée. Le pouls paradoxal a disparu ; la respiration se fait plus facilement. Mais au bout de quelque temps, le malade succombe aux progrès de son affection.

Deux méthodes s'offraient pour lutter contre les acicdents de la symphyse cardiaque.

La cardiolyse endopéricardique, ou décortication cardiaque, opération de Delorme.

La cardiolyse extra-péricardique, ou thoracectomie précordiale, opération de Brauer.

J'ai choisi la première méthode ; malheureusement le malade était trop atteint et n'a pu guérir. Mais le résultat obtenu immédiatement reste très encourageant.

ESTOMAC

Ulcère d'estomac perforé. Intervention. Guérison.

Société de Médecine de Nancy, 8 novembre 1922.

Quatre cas d'ulcères d'estomac perforés.

Société de Médecine de Nancy, 8 novembre 1922.

Quatre nouveaux cas de perforation d'ulcus gastrique.

Société de Médecine de Nancy, 25 avril 1923 (*Revue Médicale de l'Est*, 1er juillet 1923, p. 452).

Dans cette note, l'occasion de deux cas opérés, l'un au bout de cinq jours, l'autre à la trentième heure, et suivis de mort, je m'attache à démontrer la nécessité d'un diagnostic précoce. Je prends argument de la deuxième observation où, malgré les trente heures écoulées avant l'opération, le malade a survécu huit jours. Il n'est pas douteux que s'il avait pu être opéré plus tôt, il aurait été sauvé.

Le troisième malade, opéré à la troisième heure, a guéri simplement. Je le suis encore actuellement ; il n'a plus souffert de son estomac.

Je note également que la gravité est moindre quand, dans le péritoine, ne s'est écoulé que du liquide gastrique. S'il y a des aliments, le pronostic est beaucoup plus sombre.

Enfin, la quatrième observation est l'histoire curieuse d'une perforation d'un ulcère pylorique dans la vésicule biliaire, survenue chez une femme qui souffrait de l'estomac depuis huit ans. Elle présentait du subictère. La radiographie n'avait décelé qu'une sténose pylorique presque complète.

A l'opération, on pratique une gastro-pyloro-cholécystectomie. La vésicule et la région pylorique sont enlevées en un seul bloc.

Dans la vésicule, il existe un calcul enchatonné, et sur son fond on trouve un orifice, admettant une conde cannelée, qui la fait communiquer avec le pylore.

Cette perforation ne peut s'expliquer qu'à la faveur des adhérences qui se sont formées, pendant la longue période où la malade souffrait de l'estomac.

Perforations d'ulcères d'estomac et interventions.
Paris Médical, 23 juin 1923.

Au moment où fut écrit cet article, la question du traitement des ulcères gastriques ou duodénaux était à l'ordre du jour. L'accord n'était pas fait parmi les auteurs ; les uns préconisaient dans le traitement des ulcères perforés l'exérèse de la lésion ou d'une portion de l'estomac ; d'autres conseillaient la suture de la perforation et la gastro-entérostomie complémentaire, réservant la gastrectomie pour des cas à indications spéciales.

Dans ce travail sont consignés les résultats des observations personnelles dans cinq cas :

Le premier est celui d'un homme de 38 ans chez lequel l'intervention pratiquée à la 21e heure fait reconnaître une péritonite diffuse due à la perforation d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac. Suture simple de la perforation. Mort la nuit suivante.

La deuxième observation est celle d'un homme de 35 ans, sans passé gastrique, chez lequel on trouve une perforation d'un ulcère gastrique juxta-pylorique opéré à la sixième heure. Je fais un enfouissement au niveau de la perforation et pratique une gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique complémentaire, avec blockage du pylore. Guérison.

Dans l'observation N° 3, le malade, 37 ans, présente une perforation d'un ulcère gastrique juxta-pylorique. Opéré à la 18e heure. J'exécute une suture de la perforation et une gastro-entérostomie complémentaire. Mort 16 heures après l'intervention.

Le quatrième cas est celui d'une perforation d'un ulcère de la petite courbure chez un homme de 30 ans, dyspeptique avéré. J'interviens à la

5e heure en réalisant un enfouissement de la perforation. Guérison après des suites opératoires très simples.

Enfin, la dernière de ces observations concerne une perforation en péritoine libre d'un ulcère de la petite courbure qui est traitée deux heures et demie après la perforation par enfouissement et gastro-entérostomie complémentaire. Guérison après des suites opératoires troublées seulement par de légères complications pulmonaires.

Ces cinq cas d'intervention d'urgence pour perforation d'ulcère gastrique suggèrent quelques réflexions.

Quatre ont été observés chez des hommes dans la trentaine. Alors que généralement la perforation d'un ulcère en péritoine libre s'accompagne d'une douleur extrêmement vive et localisée, je relève chez le premier de ces malades une période prodromique durant plusieurs jours avant que la douleur intense, le coup de poignard péritonéal, signature de la perforation, ne soit apparue.

Il semble que, dans ces cas, la perforation soit apparue pendant la période de digestion ou immédiatement après. Ces perforations postprandiales sont les plus graves, car à la gravité de la perforation elle-même s'ajoute l'issue des aliments ingérés, dans le péritoine.

Il est certain, d'autre part, que l'état de vacuité de l'estomac est une condition favorable de guérison.

Il est à noter aussi que ce sont les perforations les plus petites qui ont été opérées précocement et qui ont guéri.

La précocité de l'intervention est la condition essentielle du succès. Les trois malades opérés précocement ont guéri. Les deux autres fois, je n'ai pu opérer qu'après 18 heures dans un cas et 21 heures dans l'autre ; ce furent deux échecs.

Il importe, pour que l'intervention soit précoce, que le diagnostic le soit également, ce qui n'est pas toujours aussi facile.

Une fois le diagnostic posé, la conduite à tenir varie suivant les auteurs.

Je rejette comme dangereuse la méthode de Gandusio et Bototschnig qui conseillent le tubage de l'estomac avant l'intervention, ainsi que celle de Kotzareff qui recommande, avant d'ouvrir l'abdomen, de faire une ponction exploratrice à la région épigastrique et d'étudier la septicité ou l'asepticité du liquide retiré.

On a le choix entre la suture simple, la destruction au fer rouge de l'ulcère et la suture à la manière de Balfour ; la suture avec gastro-entérostomie ; enfin la résection, méthode dont P. Duval s'est fait en France le défenseur.

L'indication essentielle est d'agir rapidement et avec le minimum de shock opératoire.

La suture simple ou l'enfouissement répond évidemment à cette indication primordiale, mais elle est quelquefois difficile en raison de la largeur de la perforation ou de la zone indurée péri-ulcéreuse.

Les mêmes reproches peuvent s'adresser à la méthode de Balfour, et dans ce procédé, pour arriver en tissu sain, on en est réduit à faire parfois une véritable gastrectomie partielle.

Lorsque l'ulcère siège au voisinage du pylore, une gastro-entérostomie complémentaire est nécessaire. Elle évite les accidents de sténose, et présente l'avantage de mettre au repos la zone malade.

P. Duval et Sencert ont préconisé la gastrectomie comme traitement de choix. C'est une opération shockante qui peut présenter des difficultés imprévues et dans laquelle plus encore que dans la gastro-entérostomie, le risque d infection des sutures est à craindre et la fistule du bout duodénal à redouter.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas la rejeter en tant que traitement de l'ulcère perforé ; il faut la réserver aux malades encore résistants qui peuvent être opérés à une heure rapprochée de leur perforation.

Trois cas d'ulcères perforés de l'estomac chez des malades de 63 à 72 ans.

Société de Médecine de Nancy, 25 juin 1924 (*Revue Médicale de l'Est*, 1er juillet 1924, p. 436).

Réflexions sur trois cas d'ulcères perforés de l'estomac chez le vieillard.

Revue Médicale de l'Est, 15 août 1924, p. 531-536.

Enfin, il m'a été donné d'observer à peu de temps de distance plusieurs perforations d'ulcère d'estomac chez des *vieillards* de 63 à 72 ans, alors qu'habituellement on les observe de préférence chez des hommes aux environs de la trentaine.

Si on voit des ulcères chez les vieillards, il est assez rare d'observer une évolution si tardive d'un ulcère vers la perforation, à moins qu'il ne se soit fait une transformation néoplasique, et il s'agit alors de la

perforation d'un ulcéro-cancer. Ce n'était pas le cas chez ces malades ; on n'a relevé aucune lésion de dégénérescence.

A la gravité de cette affection et aux risques d'infection péritonéale viennent s'ajouter chez le vieillard un certain nombre de facteurs qui assombrissent encore le pronostic : parmi ceux-ci, les plus importants sont l'âge et la moindre résistance des opérés, les complications pulmonaires et la déficience cardiaque.

Enfin, notons pour terminer que l'examen bactériologique du liquide épanché dans le péritoine ayant été pratiqué systématiquement, j'ai été frappé de la présence fréquente d'anaérobies parmi lesquels plusieurs espèces de putréfaction, et je me suis demandé s'il n'était pas légitime de pratiquer dans ces cas la sérothérapie gangréneuse au même titre qu'on l'emploie dans les appendicites perforées.

Aujourd'hui, ma statistique porte sur 26 ulcères perforés et mon avis n'a pas changé. Ce qu'il faut d'abord, c'est sauver son malade ; pour cela, il faut aller au plus pressé : obturer la perforation. et agir vite. Pour ces malades shockés, en imminence de péritonite, l'opération minima sera la meilleure. Une intervention plus complexe et plus longue ne pourra être tentée que chez des malades résistants.

Cinq observations d'ulcères gastriques perforés.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. XLIX, N° 35, 25 décembre 1923, p. 1512-1520. Rapporteur : M. Basset.

A propos de cinq observations, j'essaye de dégager l'enseignement qu'on en peut tirer .

Ulcère de la face antérieure de l'estomac. Intervention à la 21e heure, péritonite diffuse. Mort.

Ulcère juxtapylorique. Suture à la 6e heure. Gastro-entérostomie. Guérison.

Ulcère juxtapylorique. Intervention à la 18e heure. Mort.

Ulcère de la petite courbure. Intervention à la 5e heure. Guérison.

Ulcère pylorique. Suture à la 4e heure. Gastro-entérostomie. Guérison.

Les malades étaient des hommes ; le plus jeune avait 18 ans, âge où l'on observe rarement des perforations.

La perforation s'est faite entre 3 et 5 heures après le repas, c'est-à-dire dans la période de digestion. Faut-il incriminer une sécrétion gastrique plus considérable ou les contractions de l'estomac ? Dans deux

cas j'ai trouvé dans le péritoine des aliments. Il est certain que la constatation de la présence dans le ventre de débris alimentaires facilement reconnaissables, outre qu'elle vérifie ou fait faire aussitôt le diagnostic de perforation gastrique ou duodénale, comporte, surtout s'il s'agit d'aliments solides, un double élément de gravité en raison de la souillure du péritoine et parce qu'elle prouve que la perforation est large et béante et qu'elle sera probablement difficile à obturer.

Je n'insisterai pas sur la nécessité d'opérer précocement. Cette notion est banale et évidente pour nous, chirurgiens. Mes trois malades opérés moins de six heures après la perforation ont guéri ; les deux autres opérés à la 18e et à la 21e heure sont morts. Mais l'opération précoce nécessite un diagnostic précoce et surtout exact : la contracture de la région épigastrique médiane ou latérale droite permet, chez les malades où le passé gastrique est peu net, de différencier la perforation gastro-duodénale de la crise appendiculaire.

Le traitement variera suivant les cas : suture simple ou associée à une gastro-entérostomie. Quant au drainage, actuellement discuté, il reste un moyen de sécurité, surtout si on prend soin d'instituer un drainage pelvien permettant d'aspirer une quantité notable de liquide qui sans cela stagnerait dans le Douglas.

Ulcère diverticulaire de la face postérieure de l'estomac.

Société de Médecine de Nancy, 9 mai 1923 (*Revue Médicale de l'Est*, 15 juillet 1923, p. 470 et 471). En collaboration avec M. Jaisson.

Une femme de 33 ans souffrait de douleurs gastriques assez vives, impression de brûlures, mais sans crises violentes. Leur intensité s'est cependant accrue depuis six mois.

Ni vomissement, ni hématémèse, ni molœna. Constipation habituelle.

La malade a été examinée à la radioscopie après ingestion d'une bouillie barytée. *De face*, en position couchée ou debout, l'estomac paraît normal. Il se remplit facilement de bouillie opaque ; l'évacuation pylorique ne présente pas de caractères à retenir. Pas d'image lacunaire, pas d'encoche, pas de niche.

En faisant pivoter petit à petit la malade sur elle-même, on voit apparaître dans la région moyenne de la petite courbure (en projection) un diverticule en doigt de gœut qui fait d'abord une saillie insigni-

fiante, puis une saillie plus considérable si on accentue la rotation de la malade autour de son axe vertical, si bien que l'on pourrait croire à une lésion de la petite courbure.

En réalité, il n'en est rien, car en faisant tourner peu à peu la



malade jusqu'à la mettre en position transversale, nous voyons le diverticule avec ses dimensions maxima, et situé alors à la face postérieure de l'estomac.

Etant donné la situation et la dimension de ce diverticule d'une part, sa fixité d'autre part, on est autorisé à penser que celui-ci adhère par son extrémité au plan postérieur, c'est-à-dire au pancréas ; c'est ce que l'intervention a confirmé.

A l'opération, on trouve des adhérences intimes avec le pancréas. On pratique un décollement colo-épiploïque et on arrive ainsi à séparer du pancréas la partie moyenne de l'estomac au prix d'une brèche à bords

fongueux de la dimension d'une pièce d'un franc sur l'estomac et d'une brèche correspondante, à bords accidentés, sur le pancréas.

Thermocautérisation des berges de ces plaies. Suture de la paroi gastrique ; greffe épiploïque sur le pancréas.

Les suites ont été très simples.

Les ulcères de la face postérieure de l'estomac sont rares, d'après MATHIEU. Leur constatation radioscopique implique la nécessité d'examiner les malades de profil.

Cet ulcère évoluait depuis plusieurs années et avait peu à peu contracté des adhérences avec le pancréas. Cette réaction inflammatoire avait évité à la malade une perforation dans l'arrière-cavité des épiploons, car l'ulcus était perforé, son fond était nettement constitué par le tissu pancréatique.

Le bistouri électrique en chirurgie gastrique.

Société de Médecine de Nancy, janvier 1930. — *Archives franco-belges de Chirurgie.*

Les propriétés hémostatiques du bistouri électrique et la section aseptique qu'il réalise justifie son emploi dans les cas d'ouverture de cavités viscérales vascularisées et septiques. Nous n'envisageons dans cette note que son utilisation en chirurgie gastrique et en particulier dans quelques cas intéressants : gastroduodénectomie pour ulcère duodénal saignant, où il permet la libération du pancréas sans difficulté ; dans une résection en selle de la petite courbure pour ulcère haut situé et saignant abondamment ; dans une gastropylorectomie faite quinze jours après une intervention d'urgence pour perforation d'ulcère pylorique ; et enfin dans une gastropylorectomie, quatrième intervention chez le même malade, pour un ulcère réactivé du pylore. Dans ce dernier cas, les trois premières opérations avaient créé de nombreuses adhérences dans la libération desquelles le bistouri électrique a rendu le plus grand service en réalisant l'hémostase et en permettant une dissection dans les différents plans.

Le bistouri électrique supprime le suintement sanguin des tranches gastriques et intestinales ; il abrège donc l'opération puisqu'il réalise l'hémostase. Il préserve les surfaces de section contre les germes pathogènes gastro-intestinaux. Mais il est à noter que les parois du tube digestif nécessitent pour leur section une intensité plus considérable que les téguments.

INTESTIN

---

1. Bascule latérale externe du cœcum avec stase fécale.

Société Anatomique, 18 décembre 1920.

Ce cas fut observé chez une malade souffrant de douleurs dans la fosse iliaque droite et chez laquelle fut porté le diagnostic d'appendicite chronique. A l'intervention, on trouve un cœcum dilaté, dont l'extrémité est recourbée vers l'extérieur et remonte parallèlement au colon ascendant. L'appendice est rétro-cœcal plaqué par des adhérences contre la paroi postérieure. Appendicectomie. Reposition du cœcum. Suites normales.

A propos de ce cas intéressant, j'étudie les différents degrés de mouvement de bascule du cœcum, classés par CAVAILLON et DELVOYE en trois variétés :

1° Bascule autour d'un axe transversal, le fond du cœcum venant se placer sous le foie.

2° Bascule autour d'un axe oblique de haut en bas et de droite à gauche. Le cœcum occupe alors la région ombilicale ou l'hypocondre gauche.

3° Rotation sur l'axe longitudinal.

Dans le cas observé, la bascule, au lieu de s'exécuter autour d'un des axes précédemment cités, s'était opérée autour d'un axe antéro-postérieur, tangent à la face externe, à 3 ou 4 travers de doigts de l'extrémité libre du cœcum, de telle sorte que la face externe de cette portion était devenue interne, et inversement l'interne était devenue externe. Cette anomalie de position avait eu comme conséquence une stase cœcale très marquée.

Hernie épigastrique étranglée.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. LIV, N° 32, 8 décembre 1928, p. 1291.

L'étranglement eat rare dans les hernies épigastriques. Après le travail de Zeno et les publications de Massé, Deniker estime que le nombre de cas publiés n'excède pas une vingtaine.

Homme de 38 ans, porteur d'une petite hernie épigastrique indolente et molle. Au cours de son travail — consistant à soulever des charges — il ressent une douleur qui augmente rapidement ; il vomit. On constate une tuméfaction tendue, irréductible à la place de la hernie. Intervention d'urgence : l'extrêmité du ligament auspenseur du foie était engagée dans le sac avec l'épiploon.

Corps étranger de l'angle duodéno-jéjunal. Extraction par voie gastrique.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. LV, N° 5, 15 février 1929, p. 184.

Une enfant de 9 ans avale une grande épingle de sûreté ouverte. Vue le lendemain, elle est radiographiée et on découvre l'épingle fichée à l'angle duodéno-jéjunal, pointe en avant, trop grande pour exécuter un mouvement de rotation lui permettant de franchir l'angle jéjunal.

Intervention immédiate. Je pratique une gastrostomie permettant le passage d'un doigt que je fais cheminer dans le duodenum jusqu'à l'épingle. J'introduis ensuite sur le doigt une pince qui permet de saisir cette épingle par la charnière et de l'extraire. J'ai adopté la voie gastrique, après avoir vérifié que mon doigt cheminerait sans difficulté dans le duodenum, parce que les autures sont plus solides sur l'estomac que sur l'intestin.

II. Invagination de l'intestin grêle.

Société de Médecine de Nancy, 28 mai 1924 (*Revue Médicale de l'Est*, 1er juin 1924). En collaboration avec M. le Professeur Vautrin.

Cette fillette faisait, depuis quatre ans environ, à intervalles plus ou moins rapprochés, des crises abdominales extrêmement douloureuses,

accompagnées de vomissements bilieux et de diarrhée. A plusieurs reprises au cours de ces épisodes douloureux, on constata la présence de selles sanguinolentes.

Nous avons l'occasion de voir cette petite malade au cours d'une de ces crises : son état général est inquiétant, l'abdomen est météorisé avec une défense qui, ajoutée à la douleur, empêche la palpation. Sur la foi des renseignements fournis par le médecin, on pense à une appendicite à forme septique, gangréneuse, et on décide d'intervenir immédiatement.

A l'ouverture du péritoine, on trouve un liquide bouillon sale ; l'appendice est sain. On pratique rapidement une laparotomie médiane sous-ombilicale et l'exploration fait reconnaître une invagination qu'il est impossible de réduire. Résection du boudin et abouchement des deux extrémités intestinales dans la plaie. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit *d'une invagination du grêle dans le grêle,* siégeant sur un segment intestinal assez distant du cœcum. Le collet de l'invagination est très serré et en ouvrant le troisième cylindre intestinal on constate la présence d'un *polype* du volume d'un œuf s'insérant dans la paroi par un pédicule d'un centimètre de largeur : ce polype est noirâtre, hémorragique.

Sans aucun doute, ce polype est à l'origine des amorces d'invagination antérieures, et c'est lui également qui a déterminé cette Invagination irréductible pour laquelle nous sommes intervenus.

Invagination intestinale et purpura.

Revue Médicale de l'Est, 1er janvier 1927, p. 1. En collaboration avec M. de Lavergne.

Un jeune homme de 21 ans est hospitalisé pour angine avec abcès de l'amygdale. Après incision de celui-ci et guérison normale, il devait rentrer chez lui quand il est pris d'une vive douleur abdominale, diffuse, avec pouls à 120, s'accompagnant de vomissements alimentaires.

Le ventre est parfaitement souple. La douleur s'apaise progressivement et le lendemain matin on remarque de petites taches de purpura au niveau des coudes.

Ces taches purpuriques augmentent peu à peu de nombre et d'étendue ; on les voit sur la figure, les genoux, le scrotum, la verge, les fesses, les pieds. Le malade ne souffre aucunement, l'abdomen reste souple, le pouls bat à 120. Un peu de hoquet. Indican dans les urines.

Comme le malade dit ne pas avoir été à la selle, on fait donner un lavement qui provoque une selle un peu rougeâtre.

Au troisième jour, les taches purpuriques prennent une teinte brun métallique et deviennent confluentes. A deux reprises, elles sont ponctionnées pour faire une hémoculture, qui pas plus que le séro-diagnostic, ne donne de résultat.

Le quatrième jour, le malade a une selle sanguinolente qui est attribuée à du purpura intestinal, le ventre est toujours aussi souple, dépressible, non douloureux. Mais, vers le soir, le malade a un vomissement abondant noirâtre, fécaloïde. J'interviens immédiatement et trouve une invagination iléo-iléale haute, longue de 50 centimètres, dont les parois sont verdâtres ou brun violacé avec un mésentère infiltré. Devant l'impossibilité de laisser une telle anse intestinale dans le ventre, j'en pratique la résection et abouche les deux extrémités du grêle à la peau.

Mais le malade était trop intoxiqué par la résorption des produits intestinaux septiques, et au bout de quelques jours il succomba.

Cette observation est fort intéressante en tous ses points : par le purpura succédant à une angine, par des signes abdominaux semblant devoir être interprétés tout naturellement comme relevant d'un purpura intestinal, par l'existence d'une invagination chez un adulte, et enfin par le siège iléo-iléale haut de cette invagination.

Une radiographie, si le malade avait été en état de la supporter, aurait peut-être permis d'établir le diagnostic.

A propos de la sigmoïdite.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 6 avril 1927. *Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* juin 1927, p. 416.

Ce travail est basé sur l'étude de quatre observations que j'ai choisies comme appartenant à des formes anatomiques différentes.

Dans la première, il y a eu sigmoïdite avec réaction inflammatoire du méso-sigmoïde qui a contracté des adhérences avec la face postérieure de l'aileron de l'ovaire et du ligament large.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une malade présentant un vaste plastron, très douloureux, de la fosse iliaque gauche, avec défense pariétale. A la radioscopie, l'anse sigmoïde présente l'aspect d'un tube rigide, se contractant mal. Une recto-sigmoïdoscopie relève des modifications dans l'aspect, la coloration et la consistance. La diathermie a guéri cette malade.

Le troisième cas concerne une jeune fille vierge de 19 ans, qui a eu des phénomènes aigus, avec fièvre et diarrhée persistante, et enfin apparition progressive d'un plastron inflammatoire dans la fosse iliaque gauche.

Par le toucher rectal et la palpation bimanuelle, on sent une masse arrondie, rénitente, extérieure aux annexes qui ne sont pas douloureuses. On se trouve en présence d'une périsigmoïdite suppurée que j'ouvre par voie sous-péritonéale. J'évacue ainsi 200 grammes de pus et laisse un drain en place. Guérison.

Enfin, la quatrième observation a trait à une jeune fille de 25 ans qui a présenté des phénomènes inflammatoires douloureux dans la fosse iliaque gauche. La radiographie montre l'existence d'une stricture que l'opération a révélé être due à une diverticulite.

Chez certaines de ces malades, la lésion inflammatoire intestinale a eu un retentissement sur les voies génitales comme on le note si souvent.

Le traitement est variable avec chaque forme : inflammatoire simple ou suppurée, et on ne peut établir de règles générales.

III. Sténoses multiples néoplasiques de l'intestin grêle.

Société de Médecine de Nancy, 23 décembre 1920 (*Revue Médicale de l'Est*, 1er mars 1921. En collaboration avec M. Binet.

Présentation d'une pièce nécropsique : intestin grêle portant douze rétrécissements sur une longueur de 1 m. 85. L'examen anatomo-pathologique, pratiqué par le Professeur Lucien, nous donne les renseignements suivants.

Dans les fragments prélevés, les coupes montrent des nodosités constituées par un substratum de tissu conjonctif fibreux, dense, au milieu duquel se rencontrent des éléments épithéliaux diversement groupés. En certains points, ils se présentent sous forme de cordons peu épais, s'infiltrant entre les travées conjonctives. En d'autres points de la préparation, on aperçoit la coupe de tubes creux limités par une paroi épithéliale unistratifiée, constituée par des éléments cubiques ou cylindriques.

Le péritoine tapisse cette formation. La couche sous-séreuse épaissie est infiltrée d'éléments leucocytaires.

Il s'agit d'une lésion néoplasique secondaire développée vraisemblablement aux dépens d'un épithélioma cylindrique du tube digestif.

PANCRÉAS

Pancréatite aiguë hémorragique avec stéatonécrose.

Société de Médecine de Nancy, 24 juin 1925. En collaboration avec MM. Cornil et Bohème.

Présentation de pièces nécropsiques où les « taches de bougie » sont particulièrement belles, provenant d'un malade entré moribond à l'hôpital, pour un syndrôme abdominal aigu que son état n'a pas permis d'identifier.

On trouve les taches de stéatonécrose sur tous les viscères abdominaux, épiploon, intestin, estomac, etc., et leur nombre est considérable surtout dans la région pancréatique, où elles sont presque confluentes.

Foie et Voies Biliaires

De l'ileus biliaire et en particulier de sa guérison spontanée.

Archives Franco-Belges de Chirurgie, XXVIIIe année, N° 11, novembre 1925.

Chez un malade en état d'occlusion, on envisage de nombreuses hypothèses, mais on songe rarement à l'obstruction due à l'arrêt d'un calcul biliaire dans l'intestin. Le diagnostic peut être du reste très difficile à poser.

J'apporte deux observations qui ont retenu mon attention.

La première observation concerne une malade qui présente un syn-

drôme de sub-occlusion remontant à huit jours et chez laquelle on trouve dans les antécédents une crise de coliques hépatiques un an auparavant.

En raison du syndrome d'*obstruction incomplète* (la malade a eu quelques selles et quelques gaz), et d'autre part du peu d'intensité des phénomènes généraux, on tente tout d'abord le traitement médical, se réservant d'intervenir en cas d'échec.

Après deux lavements d'huile, la malade rend un calcul biliaire gros comme un œuf de poulette et immédiatement tout rentre dans l'ordre. Ce calcul pesait 9 gr. 7.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une malade, migraineuse et lithiasique avérée, qui, au cours d'une crise abdominale douloureuse, a des vomissements bilieux très abondants dans lesquels elle remarque deux longs ascaris. Arrêt des selles et des gaz pendant trois jours. Néanmoins, elle prend un vermifuge, et le lendemain elle évacue un calcul ovoïde, lisse, de la taille d'un œuf de poule, pesant 13 gr. 2.

L'ileus biliaire ne se produit guère que dans le cas de calculs volumineux ; la migration de ces calculs s'effectue rarement par les voies naturelles ; elle se fait en général à la faveur d'une fistule vésiculo-intestinale.

En dehors des cas où il existe une sténose extrinsèque ou intrinsèque de l'intestin, les phénomènes d'occlusion sont déterminés par l'obstacle mécanique que crée le calcul auquel s'ajoute le spasme qui le fixe momentanément ou définitivement.

Le calcul ainsi coincé pout déterminer des nécroses, des ulcérations de l'intestin dont l'aboutissant est la perforation en péritoine libre ou cloisonné.

Mais encore le calcul peut, après avoir provoqué une crise de sub-occlusion, continuer sa migration et s'évacuer spontanément. Ces deux observations en sont une belle illustration.

En dehors de l'élimination spontanée des calculs, le pronostic de l'ileus biliaire est grave : abandonné à lui-même, l'issue est fatale.

Le traitement chirurgical devient donc nécessaire. Il comporte encore 62 à 68 % de mortalité, dont on trouve les raisons dans : *l'âge* des malades ; *l'altération de la cellule hépatique, le siège de l'obstacle sur le grêle, l'hypersepticité du contenu intestinal,* le retard apporté à l'opération parce que le diagnostic est hésitant et l'occlusion incomplète.

L'acte opératoire sera variable suivant les cas :

1° Si l'état général du malade est très atteint, il faut faire le minimum : *un anus artificiel* à l'anesthésie locale.

2° Si le malade est suffisamment résistant, on fera une laparatomie et on tentera *l'extraction du calcul* par entérotomie, à condition que les parois intestinales soient en bon état.

Dans le cas contraire, il faut pratiquer une *résection ou la fixation à la paroi.*

Si l'anse est adhérente, la résection est encore de mise.

Enfin, le traitement de la lésion causale sur les voies biliaires fera l'objet d'une intervention ultérieure.

Cholécystite typhique et cancer vésiculaire.

Société de Médecine de Nancy, 11 janvier 1928. En collaboration avec M. Louyot.

Dans la vésicule d'une malade que j'avais opérée pour des phénomènes de cholécystite post-typhique, la bactériologie a décelé l'agglutination au bacille d'Eberth dans la bile, et dans l'épaisseur des parois l'examen histologique d'un épaississement avec quelques végétations a montré qu'on se trouvait en présence d'un cancer qui jusque-là n'avait donné aucun signe.

PÉRITOINE

Du pneumo-péritoine.

Société de Médecine de Nancy, 22 février 1922. En collaboration avec M. Jaisson.

Le pneumo-péritoine spontané dans les perforations du tractus digestif.

Société de Médecine de Nancy, 25 février 1925.

Diagnostic radioscopique des perforations gastro-intestinales. Le pneumo-péritoine spontané.

Archives Franco-Belges de Chirurgie.

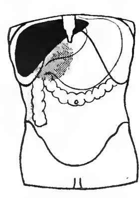
La question du pneumo-péritoine a fait l'objet de trois communications de ma part. Je résume ce sujet dans ce dernier travail.

Chez un malade présentant tous les signes décrits classiquement dans les traités, concernant la question des perforations du tube digestif, le diagnostic clinique s'impose. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et la confusion est facile avec d'autres affections.

C'est alors qu'en présence des difficultés et des erreurs de diagnostic, on eut recours à la radiographie. En 1916, Lenk utilise les rayons X pour rechercher les perforations par balle du tractus intestinal et démontre l'existence du *pneumo-péritoine spontané.* Cette méthode pouvant avoir un rôle important dans le diagnostic des ulcères perforés, fut étudiée par un certain nombre d'auteurs.

Voulant étayer une opinion sur ce procédé d'investigation, j'ai fait

des recherches qui ont porté sur sept cas : perforations d'ulcères gastriques ou duodénaux, appendicites perforées.



Pneumo-peritoine spontané
dans un ulcere perforé du duodénum

Dans ces sept cas, j'ai constaté la présence d'un *pneumo-péritoine spontané.*

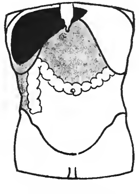
L'exploration radiologique peut trancher le diagnostic hésitant par la constatation du pneumo-péritoine spontané. Dans les cas typiques, cette exploration est inutile et mieux vaut intervenir sans perdre de temps.

Les éléments qui conditionnent la formation du pneumo-péritoine spontané sont : la quantité de gaz, la position du malade, l'existence d'adhérences et le siège du pneumo-péritoine.

Plus il y aura de gaz, plus la transparence de l'abdomen sera accentuée. Au contraire, une petite quantité de gaz sera difficile à rechercher et sa visibilité fugace.

Le gaz tend à occuper la partie la plus élevée ; si donc on examine le malade en position couchée, les gaz en péritoine libre remontent sous la paroi abdominale antérieure et la clarté qu'ils provoquent fait

ressortir d'une façon plus accentuée les ombres des viscères et celles des liquides déversés dans le péritoine par la perforation.



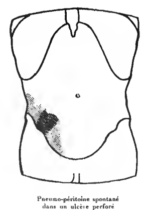
Pneumo-péritoine spontané
dans une appendicite perforée

En mettant prudemment le malade en position demi-assise ou assise, on verra les gaz remonter vers la coupole diaphragmatique. Je ne crois pas qu'il y ait intérêt, je pense même qu'il serait nuisible de demander à ces malades en état de shock l'effort de se mettre debout pour l'examen radiologique. D'ailleurs, les renseignements ne seraient pas meilleurs dans cette position.

L'ascension des gaz peut être entravée quand la lésion a déterminé des adhérences. On se trouve en présence d'un *pneumo-péritoine enkysté.*

La constatation du pneumo-péritoine est un signe de présomption en faveur d'une perforation gastro-intestinale qui vient s'ajouter à l'examen clinique. C'est donc un adjuvant utile pour les diagnostics délicats quand la clinique elle-même est mise en échec.

Ce n'est cependant pas un *signe de certitude,* et il faut reconnaître qu'il y a parfois des *causes d'erreurs* : gaz intestinaux, kystes gazeux de l'intestin, développement de gaz sur place par anaérobies.



Pneumo-péritoine spontané dans un ulcère perforé

Quoi qu'il en soit, les indications de l'étude du pneumo-péritoine spontané demeurent dans les perforations du tractus digestif.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Luxation simple du semi-lunaire en avant.

Société de Médecine de Nancy, 14 mars 1920 (*Revue Médicale de l'Est*, 1er mars 1920). En collaboration avec M. Heully.

Fracture du scaphoïde.

Société de Médecine de Nancy, 12 mars 1924 (*Revue Médicale de l'Est*, 15 mars 1924, p. 203).

Luxation complète du carpe en arrière avec fracture de l'auvent radial postérieur.

Société de Médecine de Nancy, 6 juillet 1921 (*Revue Médicale de l'Est*, 1er novembre 1921, p. 346). En collaboration avec M. Binet.

Dislocation complète du carpe.

Société de Médecine de Nancy, 12 mars 1924 (*Revue Médicale de l'Est*, 15 mars 1924, p. 203). En collaboration avec M. Binet.

Quelques types de traumatismes du poignet.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. L, N° 22, 12 juillet 1924, p. 818-821. Rapporteur : M. Mouchet.

Dans cet important travail, j'ai réuni un assez grand nombre d'observations de lésions traumatiques du poignet, dans lesquelles un mécanisme à peu près semblable (chute sur la main en hyperextension) a déterminé des lésions différentes au niveau des osselets du carpe ou de

l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras. Ces lésions vont de la fracture isolée d'un os du carpe aux dégâts les plus complexes des luxations carpiennes.



1° *Fracture isolée du scaphoïde (trois cas).* — Variété banale. Chute sur la paume de la main en extension ; trait de fracture transversal à la partie moyenne ; déplacement du fragment supérieur en arrière.





1er cas



2e cas

2° *Fracture isolée du semi-lunaire.* — Fracture par tassement par chute sur la paume de la main en extension.





3° *Fracture du grand os « en champignon ».* — La tête paraît avoir éclaté par la pénétration du corps qu'elle encapuchonne en champignon. Elle est ordinairement associée à la fracture du scaphoïde.

4° *Luxation sub-totale du carpe rétro-lunaire (deux cas).* — Dans un cas, le semi-lunaire a pivoté autour du ligament radio-lunaire de façon à présenter en avant sa surface d'articulation avec le grand os. La scaphoïde est fracturé à sa partie moyenne et sa voute a basculé

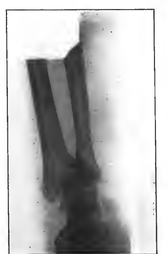
en arrière et remonte derrière la face postérieure du radius. La réduction tentée sous anesthésie générale n'a pu être obtenue et il a fallu intervenir.





Dans le deuxième cas, le semi-lunaire a pivoté de 90°, présentant franchement en avant sa facette d'articulation avec le grand os. Le scaphoïde est fracturé à sa partie moyenne et son fragment supérieur

est déplacé en avant, sa face radiale tournée du côté de la paume de la main. C'est la luxation sub-totale rétro-lunaire du carpe avec énucléation en avant du fragment supérieur du scaphoïde.





5° *Luxation médio-carpienne en avant.* — Variété très rare caractérisée par un déplacement des os de la deuxième rangée du carpe unis au fragment inférieur du scaphoïde en avant des os de la première rangée ; mais j'ai vu le fragment radial du scaphoïde, au lieu de rester en contact avec le lunaire et le radius, déplacé plus en avant que les os de la deuxième rangée et venu sous la peau du bord antéro-externe du poignet.

La réduction sous anesthésie n'ayant pu être obtenue, il a fallu intervenir.





6° *Fracture du Rhéa-Barton du radius avec luxation dorsale du carpe.*

7° *Déplacement complexe des os du carpe.* — A part le lunaire et le pyramidal avec son pisiforme, tous les autres os du carpe ont été chassés de leur loge

La plupart de ces blessés ont fait une chute sur la paume ou le talon

de la main ; le mécanisme a donc été, comme presque toujours, celui de l'hyperextension de la main avec plus ou moins d'inclinaison latérale.



Fracture isolée du semi-lunaire.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. LIV, N° 5, 18 février 1928, p. 168-169. (Rapport de M. MOUCHET.)

La variété de fracture du semi-lunaire que je signale diffère du type classique par tassement. En plus du tassement avec étalement transversal, il existe un trait de fracture vertical détachant presque complètement le quart postérieur de l'os en regard du bord postérieur de l'extrémité articulaire du radius.

Cette fracture, produite par une chute en avant, les mains en exten-

sion, ne s'accompagne pas de gêne fonctionnelle bien que le fragment postérieur fasse saillie à la face dorsale du carpe.

Je n'ai pas extirpé cet osselet et l'intégrité fonctionnelle du poignet s'est maintenue.

II. Luxation médio-carpienne partielle.

Société de Médecine de Nancy, 14 mars 1923 (*Revue Médicale de l'Est*, 15 mai 1923. En collaboration avec M. Binet.

Les lésions radiographiques constatées dans ce cas étaient :

1° de face, une fracture du scaphoïde. Le fragment inférieur en place, le fragment supérieur a exécuté une rotation de 90° en avant. Le semi-lunaire est luxé et disparaît en partie derrière la tête du grand os ;

2° de profil, le semi-lunaire reste relié par son ligament radio-lunaire autour duquel il a pivoté de 90°, présentant sa face inférieure, concave, en avant, et sa surface articulaire radiale en arrière. Le scaphoïde est luxé en avant du lunaire, mais a subi une rotation de 90° en sens inverse, de telle sorte que sa face radiale est devenue palmaire ; le fragment inférieur, resté en place, se voit en avant du grand os.

Le grand os et les autres osselets du carpe sont déjetés un peu en arrière, la tête du grand os est au contact de la partie postérieure de la surface articulaire carpienne du radius.

La réduction étant impossible, on intervient en extirpant le fragment supérieur du scaphoïde et le semi-lunaire.

Ce traumatisme complexe du carpe peut être étiqueté, suivant la dénomination de Delbet, Jeanne et Mouchet, luxation médio-carpienne partielle ou luxation sub-totale rétro-lunaire du carpe avec fracture du scaphoïde et énucléation anté-lunaire du fragment supérieur de cet os.

Le fait intéressant de cette observation, en plus de l'ascension du grand os qui arrive au contact du radius, réside dans la rotation de 90° en sens inverse du scaphoïde et du lunaire. Quant au mécanisme, c'est celui de l'hyperextension, habituel dans ces cas.

III. Luxation en avant de la deuxième phalange de l'auriculaire.

Société de Médecine de Nancy, 14 mars 1923 (*Revue Médicale de l'Est,* 15 mai 1923.

Il s'agit d'une malade qui a subi un traumatisme de la main droite, les doigts étant en flexion.

Cette malade, vue au bout de trois mois, présente un auriculaire fixé à angle droit au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. La radiographie montre que la base de la deuxième phalange a basculé en avant et sous la tête de la première phalange.

N'ayant pu pratiquer la réduction, étant donnée l'ancienneté des lésions, nous proposons la résection de la tête de la première phalange.

IV. Fracture de Bennett.

Société de Médecine de Nancy, 1[er] juillet 1924.

V. Fracture de Bennett et de Rolando du premier métacarpien.

Société de Médecine de Nancy, 24 juin 1925 (*Revue Médicale de l'Est,* 1[er] octobre 1925).

Dans les radiographies que nous présentons à propos de ce cas, on trouve deux fractures de la base du premier métacarpien, l'une du type Bennett à trait oblique en bas, en dehors et en arrière, avec déplacement postérieur du fragment supérieur, consécutive à la chute d'un corps pesant sur le dos de la main en demi-supination ; l'autre du type Rolando, également intra-articulaire en forme d'Y renversé, sans déplacement, survenue à la suite d'une chute de bicyclette sur l'extrémité du pouce.

VI. Décollement épiphysaire complet de l'extrémité inférieure du radius avec fracture du cubitus.

Société de Médecine de Nancy, 27 octobre 1920 (*Revue Médicale de l'Est,* 15 décembre 1920). En collaboration avec M. Binet.

A la suite d'une chute d'un arbre, notre blessé présentait à la radiographie un décollement épiphysaire complet de l'extrémité inférieure du

radius, avec arrachement parcellaire externe de cet os, et une fracture du cubitus à deux centimètres au-dessus de son extrémité inférieure avec angle saillant interne. Le fragment inférieur cubital est dorsal par rapport au fragment supérieur radial.

VII. Deux cas de luxation complète du coude en dehors.

Société de Médecine de Nancy, 22 février 1922. En collaboration avec M. Ch. Mathieu.

De ces deux cas que nous avons eu l'occasion de traiter et qui se présentaient d'une façon absolument identique, l'un a eu la bonne fortune d'être traité et réduit immédiatement, l'autre n'a été vu qu'au bout de trois semaines.

Cette variété de luxation en dehors s'observe assez rarement. Dans son mécanisme, on admet généralement que l'inclinaison latérale en dehors se produisant, il y a d'abord rupture du ligament latéral interne qui s'accompagne souvent d'un arrachement de l'épitrochlée ; le ligament externe ne se rompt que secondairement.

Dans nos deux cas, l'épitrochlée est intacte.

L'examen radiographique montre que la luxation est complète.

Dans la première observation, la cavité sigmoïde embrasse le bord externe de l'épicondyle : c'est donc une sous-épicondylienne.

Dans la deuxième observation, il s'agit au contraire d'une sus-épicondylienne.

VIII. Fracture sus-condylienne du coude. Lésion secondaire haute du nerf radial par englobement dans le cal osseux.

Revue Médicale de l'Est, 15 avril 1923. En collaboration avec M. Fourche.

Dans ce cas on trouve les symptômes classiques d'une fracture du coude. La radiographie montre une fracture sus-condylienne, type par extension. Le fragment diaphysaire est placé en dehors, en avant et en bas. Le radius et le cubitus gardent leur position normale par rapport au fragment inférieur.

A l'ablation de l'appareil plâtré, on remarque l'existence d'une para-

lysie radiale. Il existe un gros cal osseux. L'examen électrique révèle une réaction de dégénérescence pour le radial et les muscles extenseurs et le long supinateur. Le traitement institué ne donne aucun résultat : le radial continue à dégénérer.

A l'intervention, on trouve un nerf écrasé, lamelleux, virtuellement sectionné, englobé dans le cal ; la suture nerveuse est pratiquée en tissu sain.

D'après les travaux traitant de cette question, la lésion nerveuse paraît être déterminée par deux ordres de faits :

1° *par la lésion anatomique :* le nerf radial est soulevé et traumatisé par le fragment diaphysaire qui fait saillie en avant et en dehors ;

2° *par le processus de réparation.* Le nerf est le plus souvent englobé dans une masse de tissu fibreux, développé au voisinage du foyer de fracture ; ou bien il est soulevé, tendu sur un chevalet formé par un cal exubérant, cas rare.

Ou encore, le nerf est englobé dans le cal.

Signalons enfin le siège élevé de la lésion nerveuse puisque le filet du long supinateur participait à la dégénérescence, contrairement à la généralité des cas.

IX. Deux observations de fracture de l'omoplate.

Société de Médecine de Nancy, 16 avril 1924 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er avril 1924 et 15 mai 1924).

On a coutume de distinguer au niveau de l'angle de l'omoplate les fractures suivantes :

1° Fractures isolées ou associées de l'acromion, de la coracoïde (extra-articulaires).

2° Fractures de la cavité glenoïde (intra-articulaires).

3° Fractures du col anatomique, isolées ou associées à une fracture de la glène (intra-articulaires).

4° Fractures du col chirurgical isolées ou associées à des fractures du corps de l'omoplate (extra-articulaires) ou à des fissures de la glène (intra-articulaires).

Dans notre première observation, la radiographie montre une fracture en coin de la partie inférieure de la cavité glenoïde. Le fragment fracturé est déplacé légèrement vers le bas. On ne voit pas d'irradiation au col ni au bord externe de l'os.

La deuxième observation a trait à une fracture du col chirurgical de l'omoplate. Le trait de fracture part du bord supérieur à un centimètre en dedans de l'échancrure coracoïdienne, il traverse verticalement la fosse sus-épineuse, sectionne l'épine de l'omoplate, puis descend en escalier jusqu'au bord axillaire où il aboutit au tubercule sous-glénoïdien.



Ce fragment distal détaché comprend donc avec la glène, le col anatomique, l'acromion, la coracoïde et la partie externe de la fosse sus-épineuse. Le déplacement s'est fait en bas et en avant.

MORESTIN explique ainsi ces deux derniers points : l'abaissement est dû au poids du membre supérieur agissant sous l'influence de la pesanteur ; le mouvement de bascule doit être attribué aux tractions exercées sur la partie supérieure du fragment par les tendons du biceps, du coraco-brachial et la partie supérieure de la capsule.

La difficulté de réduction et de contention est grande dans ces fractures. Il y a donc lieu d'envisager dans ces fractures le traitement par ostéosynthèse métallique.

X. Kyste épidermique traumatique ou tumeur perlée des doigts.

Bulletin des accidents du travail, novembre 1922. En collaboration avec M. Michon.

Les kystes épidermiques ou tumeurs perlées trouvent leur origine dans une inclusion profonde de fragments d'épiderme, comme ont réussi à le montrer expérimentalement Kauffmann et Massé. Elles se développent presque exclusivement chez l'homme adulte, exerçant une profession manuelle, et exposé aux traumatismes de la face palmaire des doigts et avec siège d'élection sur l'index. Un délai de deux mois environ, plusieurs années dans quelques cas, précède leur apparition.

Notre malade présente à la face palmaire du médius droit une petite tumeur sous-cutanée du volume d'une noisette, distendant une peau normale, marquée en son point culminant d'un petit point noir. La consistance est rénitente et ferme à la fois ; elle est mobile sur les plans superficiels et profonds. Les mouvements des doigts sont absolument normaux. Cette tuméfaction s'est développée à la suite d'une piqûre à ce niveau avec une pointe métallique.

Elle est enucléée très facilement à l'anesthésie locale.

A l'examen histologique ,la tumeur offre nettement un aspect kystique. La paroi du kyste est purement épidermique, dépourvue d'annexes, disposée très régulièrement suivant des lignes concentriques.

Le diagnostic de ces kystes épidermiques est facile ; ils ne seront confondus ni avec des kystes synoviaux, sebacés ou dermoïdes. C'est une affection essentiellement bénigne, évoluant lentement, dont le seul traitement est l'ablation.

MEMBRE INFÉRIEUR

Deux cas de luxation de l'astragale.

Société de Médecine de Nancy, 24 novembre 1920 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er février 1921). En collaboration avec M. Binet.

Parmi les traumatismes du pied, les luxations de l'astragale sont certainement d'observation rare, et cependant les hasards de la clinique ont voulu qu'à quelques jours de distance se présentassent à nous deux blessés atteints de cette lésion.

Leur observation, également intéressante, diffère cependant par bien des points.

J..., 30 ans, camionneur, a eu, le 20 juillet 1920, le pied gauche pris entre la roue de sa voiture et le marchepied. Le talon étant ainsi fixé, cet homme a fait une chute en arrière. C'est là un mouvement comparable à celui du cavalier qui veut enlever sa botte au moyen du tire-botte, et ce mécanisme dit du tire-botte a été invoqué à la genèse de certaines luxations de l'astragale.

Immédiatement après l'accident, le blessé s'est relevé, a pu courir pendant 50 mètres sans éprouver de douleur. Cette inhibition sensitive accidentelle est très curieuse. Le blessé, après avoir parcouru ce bref trajet, a éprouvé alors au niveau du cou-de-pied une douleur très vive qui l'a obligé à s'arrêter court et l'a empêché de poser le pied à terre.

Transporté chez lui, il resta alité pendant deux mois. Pendant les trois premières semaines, le gonflement du pied était considérable et c'est probablement pour ce motif que la luxation passa inaperçue aux yaux du médecin traitant.

Progressivement, le gonflement diminua, les douleurs s'atténuèrent, les mouvements devinrent possibles, puis la station debout et enfin la marche.

Aussi, après deux mois d'immobilisation, le blessé reprit son travail pendant un mois. Il marchait assez difficilement, n'éprouvant de douleurs qu'après les fatigues de la journée. Son médecin, frappé néanmoins de la déformation et de l'attitude anormale du pied, l'envoya à l'hôpital.

A l'inspection, on note un pied plat varus accentué et la saillie très considérable de la tête astragalienne à la face dorsale du pied. Cette saillie est très perceptible aussi à la palpation.

Les mouvements de flexion, d'extension de l'articulation tibio-tarsienne sont limités. L'adduction et la rotation interne du pied impossible.

La radiographie est d'une lecture intéressante. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, les rapports osseux semblent normaux. Au niveau de la sous-astragalienne, l'astragale a subi un léger déplacement en avant. Mais le fait dominant est la luxation de l'articulation de Chopart et plus spécialement de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

La luxation appartient au type dit plantaire, en ce sens que le scaphoïde et le cudoïde se portent vers la plante du pied, tandis que la tête de l'astragale et l'extrémité de la grande apophyse du calcanéum soulèvent les téguments du dos du pied.

Il s'agit dont d'un beau cas de luxation médio-tarsienne.

Etant donné l'ancienneté des lésions, la réduction non sanglante et même la réduction sanglante ne sont plus de mise.

L'accommodation fonctionnelle semblant ici satisfaisante, il faut s'en contenter et ne pas chercher mieux par une tarsectomie cunéiforme ou une astragalectomie. Les classiques conseillent l'abstention quand l'accommodation est bonne dans des luxations aussi anciennes.

Deuxième observation. — D..., 54 ans, a eu, le 12 novembre 1920, le pied immobilisé entre deux pièces métalliques et a subi un violent mouvement de torsion. Relevé après l'accident, il est immédiatement conduit à l'hôpital.

A la face interne du pied existent deux plaies profondes très souillées. Le pied est en varus complet. Tous mouvements actifs ou passifs du pied sont absolument impossibles.

A la palpation, on trouve la tête de l'astragale faisant saillie immédiatement au-dessous de la malléole péronière.

La radiographie indique une émucléation presque complète de l'astragale. L'astragale n'a conservé de connexion normale ni avec la mortaise fibro-péronière ,ni avec le calcanéum, ni avec le scaphoïde.

La malléole péronière est éclatée.

Le 15 novembre, une tentative de réduction sous anesthésie générale échoue.

Du 15 au 17 novembre, les plaies de la face interne du pied suppurent, les téguments s'escarifient, des traînées lymphangitiques apparaissent. La température atteint 40°.

Le 17 novembre, on pratique d'urgence une astragalectomie.

Après ce large drainage, la température tombe en lysis à 38°. L'état général s'améliore.

Luxation de l'astragale autour de ses axes verticaux et transversaux. Résultat éloigné.

Société de Médecine de Nancy, 28 mai 1924 (*Revue Médicale de l'Est*, 1er juin 1924).

Le blessé a fait une chute de plusieurs mètres et s'est reçu sur son pied. Il n'a pu se relever. Quand il est examiné, quelques heures après, le pied est tourné en dehors et la plante en dedans. La radiographie montre l'intégrité des malléoles. La poulie astragalienne regarde complètement en dehors et la tête est légèrement en dehors aussi. Arrachement osseux sur l'astragale au niveau du ligament latéral interne. Pas de fracture du péroné à aucun niveau.



Résultat favorable par réduction et immobilisation plâtrée.

Luxation sous-astragalienne.

Société de Médecine de Nancy, 24 juin 1925 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er octobre 1925, p. 713). En collaboration avec M. CHARLES.

Chez cette malade, l'ensemble du pied est luxé en dedans, la plante du pied regardant directement en dedans. La face interne du tibia forme avec la face interne du pied un angle d'environ 90°.

En dehors, au contraire, on remarque une saillie déterminée par la malléole externe sur laquelle la peau est très tendue.

En avant de la malléole externe, on perçoit le bord externe de l'astragale. En avant de cette saillie et séparée d'elle par une gouttière transversale qui est le col de l'astragale et dans laquelle on peut insinuer l'extrémité de l'index, on remarque une troisième saillie arrondie : la tête de l'astragale.



La radiographie montre l'astragale à sa place normale dans la mortaise tibio-péronière, tandis que le reste du pied est luxé en dedans, en position d'adduction forcée.

La radiographie de profil montre que l'astragale demeuré en place a perdu ses rapports normaux avec le scaphoïde et le calcanéum. La réduction s'obtient facilement sous anesthésie et est maintenue par une botte plâtrée.



Le résultat fonctionnel fut excellent.

Fractures du calcaneum.

Société de Médecine de Nancy, 25 février 1925 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er mars 1925, p. 165).

Chez la même malade, nous avons trouvé les lésions suivantes :

Au pied droit, un enfoncement du thalamus, fracture du 2e degré, avec enfoncement de l'astragale dans le calcanéum et éclatement de cet os.

A gauche, le calcanéum présente deux fractures verticales séparant la région thalamique, dans toute la hauteur de l'os, de la grosse tubérosité en arrière et de la grande apophyse en avant. Cette partie moyenne est en outre fracturée suivant un plan vertical antéro-postérieur par pénétration de l'astragale qui a rejeté en dedans la surface articulaire antéro-interne et en dehors la surface articulaire postéro-externe ; toutes deux très nettement visibles sur la radiographie de face, donnant ainsi au calcanéum le double de sa largeur normale. En outre, un fragment volumineux fait une saillie très nette sous la grosse tubérosité.

Le pronostic fonctionnel de ces fractures est très grave, car non seulement le jeu articulaire de l'articulation sous-astragalienne est compromis, mais la statique est difficile sinon impossible, par suite de la saillie sous-talonnière.

C'est dans des cas de ce genre qu'il serait indiquer de tenter la réduction sanglante avec copeaux osseux ou ostéosynthèse, comme la technique en a été décrite tout récemment.

Sur une variété rare de fracture de Maisonneuve.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. L, N° 29, 29 novembre 1924, p. 1029. En collaboration avec M. Bohème.

Un cycliste, en voulant s'arrêter, pose son pied droit sur le sol et le tord de façon qu'il reste dans une position irréductible, telle que, quand on regarde la jambe de face, le pied se trouve complètement de profil, pointe en dehors, et quand on regarde la jambe de profil par son côté externe, le pied se présente de face. La malléole externe fait saillie à la place où, normalement, se trouve le tendon d'Achille.

Les radiographies permettent de constater qu'il n'existe aucune fracture du tibia. L'astragale est luxé en arrière du tibia. Il est coincé

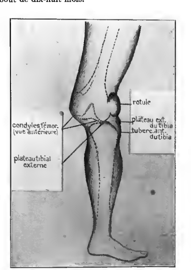
entre la face postérieure du tibia et le péroné séparés par un diastasis formidable. Le péroné est resté solidaire de l'astragale. Au tiers supérieur du péroné, on constate une fracture spiroïde à trois fragments.

Cette fracture paraît rentrer dans le cadre des fractures de Maisonneuve, mais sous une forme atypique, puisqu'elle en diffère au point de vue anatomique (fracture spiroïde et non transversale du tibia ; pied dévié en varus et non en valgus), au point de vue pathogénique (mécanisme par rotation en dehors en même temps qu'adduction), et au point de vue étiologique (traumatisme insignifiant, à peine suffisant pour déterminer une entorse et donnant pourtant lieu à une lésion considérable).

Luxation du genou suivant un axe vertical.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. LV, N° 15, 11 mai 1929, p. 608-613.

Observation rare, dont le mécanisme a pu être élucidé et le résultat apprécié au bout de dix-huit mois.



Un cultivateur de 43 ans fait une chute et une herse, retournée dents en l'air, passe sur sa jambe gauche, lui donnant l'impression qu'on lui tord la jambe. Il souffre atrocement. Examiné quelques heures plus tard, on est frappé de voir la cuisse de face et la jamhe en rotation externe à 90° ; la rotule est rejetée en dehors. Les radiographies montrent le fémur de face et les os de la jambe de profil, et sur le cliché de profil les os de la jambe apparaissent de face et le fémur de profil. Il n'y a aucune fracture épiphysaire ou parcellaire. Ce sont donc les ligaments qui ont cédé et en particulier le ligament latéral interne et le ligament croisé interne. Le ligament latéral externe a résisté.



La réduction s'effectue facilement sous anesthésie. Immohilisation de 17 jours, puis reprise progressive de la marche. Revu au bout de dix-huit mois, le hlessé a récupéré le fonctionnement intégral de son genou.



Ces luxations du genou par rotation de la jambe en dehors autour d'un axe vertical sont exceptionnelles.

Fracture des épines du tibia.

Société de Médecine de Nancy, 25 juillet 1923 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er septembre 1923, p. 568).

Les fractures des épines du tibia sont peu fréquentes. Elles sont ordinairement partielles. Celle que je relate est totale et est survenue dans les conditions suivantes :

Un homme est tombé dans une fouille, la jambe droite dans la fouille alors que la gauche restait sur le remblai. Le genou gauche est atteint d'hémarthrose et présente deux points douloureux : au niveau de l'insertion supérieure du ligament latéral interne et sur l'interligne articulaire à la partie antérieure. La jambe reste en demi-flexion et le blessé ne peut détacher le talon du plan du lit. Signe du tiroir peu accusé.

La radiographie montre nettement une fracture des épines du tibia détachées en bloc. Aucune autre lésion osseuse.



Immobilisation de vingt jours en extension. Reprise progressive des mouvements.

La simple immobilisation a obtenu un succès total parce que le déplacement était peu marqué. Si, au contraire, ce déplacement était considérable, l'indication d'enlever le fragment susceptible de faire corps étranger articulaire, ou de l'enclouer aurait pu se poser.

Le résultat fonctionnel éloigné a été très bon.

Deux observations de rupture du tendon rotulien du quadriceps. Résultats éloignés.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. LIV, N° 35, 29 décembre 1928, p. 1464.

La première observation concerne un homme qui a manqué trois marches et est tombé la jambe pliée sous lui. Il présente les signes

classiques de la rupture du tendon rotulien. Suture sous anesthésie locale. La synoviale a été déchirée ; on évacue le sang épanché dans l'articulation, et on suture la synoviale. Résultat fonctionnel excellent.

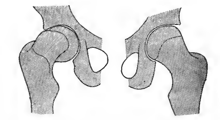
Dans le deuxième cas, un homme obèse (108 kilos), pléthorique et diabétique, bute contre un tuyau au niveau du sol et tombe en ressentant un craquement dans le genou. Intervention sous anesthésie locale ; le tendon a été arraché au ras de l'os. Suture du tendon au périoste et aux ailerons. Immobilisation de 12 jours. Les vastes sont solides, mais le droit antérieur n'a pas tenu. Néanmoins, le résultat fonctionnel au bout de huit mois est bon ; il a pu reprendre ses occupations.

Coxa vara essentielle et ostéochondrite.

Revue d'Orthopédie, janvier 1924.

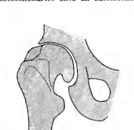
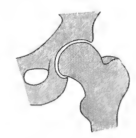
La caractéristique de la coxa vara essentielle est une lésion du cartilage épiphysaire supérieur, provoquant un glissement de la tête fémorale en bas, par rapport au col qui n'est pas modifié. La déformation se produit à l'insertion de la tête sur le col. C'est le résultat d'une épiphysite supérieure du fémur.

L'ostéochondrite, au contraire, est caractérisée par une déformation de la tête. Suivant le stade où on l'examine, on observe, soit une fragmentation du noyau de la tête, soit un aplatissement en pastille de chocolat de ce noyau, soit une déformation en tampon de wagon, en béret basque ou en col de girafe.

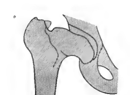


Ce ne sont là que différents aspects d'une même lésion à des âges différents.

Cette affection caractéristique de l'enfance s'observe aussi dans l'adolescence où elle ne présente plus tout à fait le même aspect et c'est précisément cette épiphysite supérieure du fémur de l'adolescent qui porte le nom impropre de coxa vara essentielle et qui n'est autre qu'une ostéochondrite chez un adolescent.

On trouvera dans ce travail deux observations de coxa vara essentielle, survenus l'une à l'âge de 20 ans, l'autre à l'âge de 16 ans. Dans la première, la lésion, déjà ancienne, a provoqué de la périarthrite avec impotence fonctionnelle presque complète ; la seconde, récente, est une coxa vara essentielle, presque une coxa plana, avec un col fémoral en coxa valga.




La troisième observation est celle d'une ostéochondrite déformante juvénile ayant débuté à l'âge de 4 ans.

Les déformations de l'extrémité supérieure du fémur sont considérables.

Fracture transversale de la crête iliaque et du quadrant antéro-latéral gauches du bassin.

Société de Médecine de Nancy, 27 février 1924 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er mars 1924). En collaboration avec M. le Professeur VAUTRIN.

La radiographie de ce cas intéressant nous a permis de constater les lésions suivantes :

Une fracture transversale de l'aile iliaque gauche, partant de la crête, à trois centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure et se dirigeant vers l'épine iliaque postéro-supérieure.

Le fragment supérieur est légèrement abaissé et incliné du côté interne. Il existe, en outre, une fracture du quadrant antéro-latéral gauche du bassin avec rotation de la partie fracturée sur son axe antéro-postérieur. Il y a disjonction du pubis avec écartement d'un centimètre environ ; la ligne innominée est fracturée obliquement d'arrière en avant ; l'acetabulum est également atteint, sans luxation centrale de la tête.

L'ischion est reporté en dedans. La cavité pelvienne dans son ensemble est déformée et donne l'impression d'un bassin oblique ovalaire.

Fracture spiroïde sous-trochantérienne.

Société de Médecine de Nancy, 25 juillet 1923 (*Revue Médicale de l'Est,* 1er septembre 1923).

C'est la fracture des skieurs, étudiée par CODIVILLA en 1909. Elle s'observe soit à la suite d'une chute sur la partie postérieure de la hanche, soit à la suite d'un mouvement violent du tronc, le membre inférieur restant immobilisé.

Dans ce cas, il s'agit d'un homme de 81 ans qui a fait une chute sur la hanche droite. Il présente une déformation en crosse dans la région sous-trochantérienne avec rotation externe de la jambe et raccourcissement de 4 centimètres. Le grand trochanter n'est pas remonté au-dessus de la ligne de Nélaton et reste immobile dans les mouvements de rotation de la diaphyse, deux signes caractéristiques de la lésion.

La radio montre que le trait spiroïde passe sur la ligne intertro-

chantérienne antérieure et a détaché le petit trochanter qui fait partie du fragment inférieur.

En règle générale, le petit trochanter reste avec le massif trochantérien.

La reproduction expérimentale de cette fracture a pu être réalisée par MERMILLOD.

Fracture du sourcil cotyloïdien.

Société de Médecine de Nancy, 24 juin 1925.

La radiographie montre dans ce cas une fracture de la partie postéro-supérieure du sourcil cotyloïdien, grâce à laquelle une luxation a pu se produire. Le fragment s'est écarté de 1 cm. 5 de l'os et a été porté en arrière suivant le mouvement de la tête fémorale.

Fracture de l'acétabulum (luxation centrale de la tête fémorale).

Société de Médecine de Nancy, 24 juin 1925.

Sur le cliché radiographique, on constate que la tête fémorale déterminant une fracture du fond du cotyle a pénétré dans le bassin. Le bord du sourcil cotyloïdien arrive presque au massif trochantérien donnant l'illusion d'un col fémoral diminué de longueur. Ni la tête, ni le col ne sont en réalité déformés.

Par le toucher rectal, on sent la saillie osseuse à l'intérieur du bassin.

Réduction par traction directement de dedans en dehors à la racine du membre.

Deux observations d'irruption pelvienne de la tête fémorale.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. LIV, N° 29, 17 novembre 1928, p. 1192-1201.

Le diagnostic correct, précoce et complet de ces lésions, si nécessaire pour mettre en œuvre une thérapeutique efficace, n'a pu être fait que depuis l'usage systématique de la radiographie. Actuellement encore, les appellations varient suivant les auteurs : luxation centrale ou

intra-pelvienne de la tête fémorale. Lenormant, Basset la désignent sous le nom de fracture du cotyle ; pour mettre en évidence la lésion primitive, Froelich préfère le terme d'irruption pelvienne qui donne une idée de violence.

L'acetabulum peut être seul fracturé, mais il peut exister des fractures irradiées au pubis ou à l'ischion. Le déplacement de la tête fémorale dans le bassin s'observe à tous les degrés. Elle peut léser les viscères pelviens, allant parfois jusqu'au contact du sacrum, ou seulement soulever les fragments cotyloïdiens dont elle reste coiffée. Ce déplacement peut se reproduire après réduction ou s'accentuer à la reprise de la marche.



Les hommes sont le plus souvent atteints, cependant les deux cas que j'ai observés concernent deux femmes. L'une, âgée de 30 ans, est tombée sur ses pieds d'une hauteur de 3 mètres ; l'autre est tombée sur la hanche, de sa hauteur. C'est en effet un choc direct sur le grand trochanter qui est la cause habituelle.

Les signes classiques sont variables ; les deux plus importants sont l'enfoncement du grand trochanter et le raccourcissement de la cuisse, variables eux-mêmes avec le degré du déplacement.

Le toucher vaginal ou rectal donnera d'utiles renseignements. Mais c'est surtout l'examen radiographique qui donnera la clef du diagnostic.

Celui-ci posé, il faut réduire. Ce n'est pas toujours chose facile ; il peut-être nécessaire de déployer une force considérable. La traction dans le sens longitudinal ne suffira pas toujours, une traction latérale avec flexion de la cuisse, rotation ou inclinaison en dedans aidera efficacement en général. Il sera plus difficile de ramener les fragments cotyloïdiens à leur place.

La réduction pourra être maintenue, soit par un plâtre, soit par une traction continue combinée suivant l'axe du membre placé en légère adduction et latéralement. Pour cela, les appareils à suspension rendront de grands services non seulement au chirurgien, mais aussi aux malades.

Le pronostic fonctionnel des fractures du cotyle est toujours sérieux: enraidissement ou ankylose de la hanche. Les deux observations rapportées en sont des exemples. En outre, la saillie qui persiste dans le bassin peut-être un obstacle à des accouchements ultérieurs.

NERFS ET SYMPATHIQUE

Tumeur myxomateuse du nerf médian. Récidive.

Société de Biologie, 17 janvier 1922. En collaboration avec M. Morlot.

Cette intéressante observation concerne une malade de 55 ans qui vit en 1915 apparaître à la paume de la main, peu profondément sous les téguments, une petite tumeur molle du volume d'une noisette qui ne cessa d'augmenter de volume jusqu'en 1917. Elle fut extirpée. Elle ne fut pas examinée histologiquement ; elle parut un myxome. Un an après cette intervention, réapparut dans la même région une nouvelle tumeur molle qui, après être restée stationnaire un certain temps, se mit à grossir assez rapidement pour nécessiter une nouvelle ablation.

A l'examen anatomique, la tumeur très molle, blanc nacré, se présente sous un aspect piriforme de 7 cm. sur 3 cm. de diamètre ; elle est accolée le long du bord antérieur du médian dont certains faisceaux sont dissociés pour s'étaler en surface sur la tumeur, qui néanmoins est extérieure au paquet nerveux ; à la section s'échappe de cette tumeur gélatiniforme et tremblotante un liquide translucide, jaune blanchâtre, très visqueux et filant, qui rappelle la solution de gomme arabique. La coupe ne permet pas de différencier des tissus ; on remarque simplement un fin tractus blanc enserrant dans ses larges mailles la substance visqueuse. La coque de la tumeur est une membrane peu épaisse.

Les réactions chimiques montrent qu'il s'agit non pas d'un liquide d'œdème, mais de glucoprotéides et en particulier de la *mucine*.

A l'examen histologique, le paquet nerveux accolé à la tumeur ne présente aucune altération ; le tissu interfasciculaire seul se prolonge en un conjonctif lamelleux peu épais qui constitue la coque de la tumeur et qui fournit de fines cloisons de même structure contenant la substance fondamentale.

Celle-ci anhiste, formée de tissu muqueux, se colore en brun par la safranine, prend les couleurs basiques d'aniline, devient bleu par le bleu de méthylène, rouge bleuâtre à violet rouge par la thionine et le bleu de toluidine.

Çà et là, sont semées sans ordre dans ce tissu muqueux de grandes cellules pâles, sans membrane cellulaire, fusiformes ou étoilées et anastomosées par de nombreux prolongements filiformes. Ces éléments sont plus ou moins nombreux suivant les régions ; on découvre peu de cellules rondes. Les noyaux ont un aspect de moindre vitalité. Dans toute la tumeur se trouvent disséminées des fibrilles conjonctives, flexueuses, serrées. On trouve peu ou pas de fibres élastiques, ni cellules adipeuses, ni capillaires.

Cette néoformation ne peut être confondue avec un sarcome en dégénérescence muqueuse, car il n'y a pas traces de cellule sarcomateuse, d'élément atypique malin.

Est-ce un myxome pur ou un fibrome muqueux ?

Avec les histo-pathologistes qui tendent à admettre que le myxome vrai, à tissu identique à la gélatine de Warthon, est très rare, nous pensons qu'ici, étant donné l'aspect histologique de la tumeur, il s'agit plutôt de fibrome fasciculé, formé aux dépens du tissu fasciculaire du médian et ayant subi la dégénérescence muqueuse presque totale.

On peut considérer cette tumeur apparue une seconde fois, non pas comme une récidive à proprement parler, mais comme une continuation du développement de la première incomplètement extirpée, probablement par timidité opératoire, bien compréhensible étant donnés les rapports très intimes avec le nerf médian.

A propos de la sympathectomie périartérielle (Opération de Leriche). Résultats éloignés.

Revue Médicale de l'Est, 15 mai 1923.

A l'époque où fut publié ce mémoire, la chirurgie du sympathique n'était pas ce qu'elle est actuellement, et l'*opération* de LERICHE n'avait pas encore rallié à elle tous les chirurgiens. C'est pourquoi j'ai cherché à cette époque à me faire une opinion sur cette chirurgie bien spéciale.

LERICHE, cependant, dès 1913, s'était attaché à cette étude, et avait obtenu des résultats intéressants dans la causalgie, les spasmes musculaires, la gangrène sénile, les plaies atones, persistantes.

Il démontrait que l'élongation ou la section des filets sympathiques périvasculaires amenait leur disparition et leur cicatrisation en peu de temps.

J'ai appliqué la sympathectomie dans trois sortes de cas :

1° Les ulcères variqueux.

2° L'endartérite oblitérante.

3° Les ulcérations des moignons et les lésions nerveuses.

Sur cinq observations d'ulcères variqueux, nous enregistrons trois guérisons sans récidive au bout de dix mois et demi, dix mois et quatre mois, sans trouble d'aucune sorte. Dans les deux autres cas, après dix mois et demi et treize mois et demi, on constate que les ulcérations se sont reproduites, mais superficielles et surtout les douleurs, les sensations de lourdeur, de fatigue ont disparu et ces deux opérés se montrent très satisfaits du résultat obtenu.

En ce qui concerne l'endartérite oblitérante, une cicatrisation tardive, un échec, tel est le bilan pour les deux cas que j'ai traités. Ces résultats sont certes peu encourageants, et on est en droit de se demander si, dans cette affection, l'amputation ne conserve pas ses indications. On sera autorisé à dire qu'une sympathectomie pourra être tentée tout d'abord, se réservant d'apprécier ses résultats ultérieurs pour amputer alors s'il y a lieu. Il ne faudrait pas faire état de deux seuls cas pour ériger une doctrine, mais notons cependant que c'est anesthésier deux fois un malade dont l'état général est bien souvent précaire.

J'ai été plus heureux dans le traitement par sympathectomie périartérielle des ulcérations des moignons. Celles-ci ne relèvent pas toutes de l'inflammation de l'os sous-jacent ou de la fragilité d'une cicatrice adhérente.

On a aussi incriminé la lésion nerveuse sus-jacente, soit un névrome, ou une névrite ascendante ou l'oblitération de l'artère principale du membre.

Leriche, dans une série de travaux, a bien étudié ces ulcérations et a bien décrit les troubles qui surviennent sur des moignons d'apparence normale avant l'apparition d'une phlyctène qui sera le début de l'ulcération.

Dans quatre cas de lésions de ce genre, nous enregistrons quatre succès, datant de onze mois, de sept mois et d'un mois.

La sympathectomie exerce une action remarquable sur la cicatrisation des plaies. Elle interrompt certaines voies de conduction de la vasomotricité, et détermine la cicatrisation par vaso-dilatation périphérique

qu se produit au bout de quelques heures en aval de l'artère sympathectomisée après une courte phase de vaso-constriction. C'est donc en tant qu'opération changeant le régime circulatoire sous-jacent, ainsi que le soutiennent LERICHE et HAOUR, et non comme opération nerveuse que la sympathectomie accélère la cicatrisation des ulcères trophiques et des plaies atones.

Ulcération du pied consécutive à une blessure du sciatique guérie par la sympathectomie.

Société de Médecine de Nancy, 25 juillet 1923 (*Revue Médicale de l'Est,* 1ᵉʳ septembre 1923).

GYNECOLOGIE

Des cloisonnements transversaux du vagin d'origine congénitale par brides, cloisons complètes et incomplètes
(Thèse inaugurale 1921).

L'existance de ces malformations paraît être connue depuis fort longtemps puisqu'Hippocrate en rapporte un cas et qu'Aristote les étudie en distinguant leur origine accidentelle ou congénitale.

Cependant, mes recherches m'ont montré qu'aucun travail complet traitant de cette question n'avait été fait depuis une quarantaine d'années, et comme, d'autre part, les données embryologiques sont venues apporter un peu de lumière dans l'étude de ces malformations, il m'a paru intéressant, à l'occasion de l'observation d'une malade, de reprendre cette étude et d'en faire l'objet de ma thèse.

Le nombreuses hypothèses ont été émises sur le développement embryologique du canal génital de la femme et en particulier sur la façon dont se développe le vagin.

Ces hypothèses peuvent se grouper sous trois chefs :

1° L'utérus et le vagin sont des évaginations du sinus uro-génital (J. Müller-Rathke).

2° L'utérus et le vagin procèdent des canaux de Müller (Thiersch, Kölliker, Furst, Dohrn, Tourneux).

3° Le vagin est le segment des conduits génitaux qui provient du cloisonnement du sinus uro-génital (Valentin, Retterer, Pozzi).

Sans prendre partie pour l'une ou l'autre de ces théories embryologiques, j'expose la théorie généralement admise. Le canal de Wolff et le canal de Müller descendent côte à côte dans le bassin et vont se jeter dans le sinus uro-génital. Chez le mâle, le canal de Wolff devient le canal déférent et le canal de Müller s'atrophie.

Chez la femelle, au contraire, le canal de Wolff régresse et les con-

duits de Müller se transforment en trompes de Fallope dans leur partie supérieure, en utérus et vagin au niveau du cordon génital. La portion supérieure du vagin est donc d'origine müllerienne. Le segment inférieur ou vestibule du vagin, avec l'hymen, procède du sinus uro-génital.

Si l'embryologie rend assez bien compte de la formation des cloisonnements longitudinaux du vagin par la non résorption de la cloison médiane formée par la coalescence des deux canaux de Müller, il est plus difficile d'expliquer l'origine des diaphragmes ou des brides transversales.

La genèse de ces malformations peut, suivant les auteurs, être classée ainsi :

1° Théorie des arrêts de développement.

2° Théorie pathologique des vices de conformation.

3° Théorie de l'hérédité.

4° Théorie admettant une relation entre la faiblesse intellectuelle et les anomalies des organes génitaux.

Ces hypothèses sont assez embrouillées et ne satisfont pas l'esprit. La plupart des observateurs se sont ralliés à la théorie de *l'arrêt* du développement.

A vrai dire, les vices de développement sont fréquents dans le vagin. Rien n'est plus variable en effet que sa conformation, sa direction coudée ou rectiligne, ses dimensions en longueur ou en largeur. Les théories de l'arrêt de développement sont basées sur l'embryologie et ce sont elles qui paraissent le plus acceptables.

Delaunay, s'appuyant sur les données de Courty, fait provenir la partie supérieure du vagin de l'extrémité inférieure des canaux de Müller, les deux segments inférieurs dérivant de tissu embryonnaire où se creuse le cloaque externe allant à la rencontre du précédent.

Si, par un arrêt de développement, le travail de résorption manque entre la partie inférieure et la partie moyenne, on observera une imperforation de l'hymen.

Si, après avoir commencé au niveau de la zone intermédiaire, ce travail de résorption « vient à s'arrêter avant d'avoir achevé son œuvre, plusieurs cas sont possibles. Tantôt il s'arrête aux deux extrémités, nous aurons une cavité prise entre deux imperforations membraneuses, l'inférieure étant constituée par l'hymen. Tantôt le travail de résorption continuant au contraire par l'une de ses extrémités, nous n'aurons plus qu'une imperforation suivant le cas ; ce sera l'hymen ou bien une cloison placée vers la partie moyenne du vagin ».

Je me range à l'avis de Pozzi et j'attribue l'origine des cloisons transversales congénitales du vagin à un arrêt de développement, à un défaut de résorption à la réunion des canaux de Müller et du sinus urogénital.

La rétention menstruelle est le phénomène pathognomonique : elle peut se manifester sous trois formes : dysmenorrhée, rétention partielle, rétention totale.

Souvent apparaissent des troubles d'ordre général, nausées, vomissements, état de chloro-anémie.

Apparition d'une tumeur formée par l'utérus que distend le produit des sécrétions cataméniales : cette tumeur augmente progressivement et finit par entraîner des phénomènes de compression.

Des phénomènes douloureux apparaissent, souvent très intenses, rappelant le type des douleurs accompagnant les contractions utérines.

Puis la malade est surprise par une douleur imprévue, une perte abondante qui fait cesser les douleurs et disparaître la tumeur tout à la fois.

A côté de la tumeur hématomètrique, on peut constater, mais rarement, une tumeur latérale, moins volumineuse, allongée en boudin, bosselée, due à la dilatation des trompes par le reflux du sang primitivement contenu dans la cavité utérine.

Dans ce travail on trouvera, exposées aux divers chapitres, les observations que j'ai pu recueillir et qui atteignent le chiffre de 93.

J'expose ensuite les diverses questions du diagnostic de l'évolution, des complications et du pronostic de ces malformations, puis j'envisage le traitement à appliquer dans ces cas.

Le seul traitement de mise est l'*intervention chirurgicale*.

Je considère l'intervention successivement dans les cloisons complètes et incomplètes. Dans le cas de *cloison complète,* certains chirurgiens ont proposé l'opération en deux temps : ponction au trocart suivie quelques jours plus tard d'incision au bistouri. L'opération en un temps me semble plus légitime. Je pense qu'il est préférable, pour intervenir, d'attendre l'époque de la puberté et de ne pas opérer, sauf urgence, pendant la période menstruelle. Ces généralités valent également pour le cas de *cloisonnement incomplet*. Faut-il opérer pendant la grossesse ou attendre l'accouchement chez une femme dont le cloisonnement incomplet n'a été reconnu qu'à la faveur d'un examen obstétrical ? Je pense qu'il est préférable d'attendre l'accouchement tout en surveillant le travail dès que les premières douleurs apparaissent.

Au moment de l'accouchement, l'indication opératoire réside soit

dans l'épaisseur de l'obstacle, soit dans la longueur du travail, ce qui n'est qu'une conséquence.

A propos des cloisonnements transversaux du vagin.

Bulletins de la Société de Chirurgie, t. LIV, N° 31, 1er décembre 1928, p. 1257-1261.

J'apporte trois nouveaux cas. L'un concerne une jeune fille de 20 ans qui n'a pas encore été réglée. Chaque mois elle présente les symptômes d'un molimen menstruel et voit progressivement se développer une tuméfaction hypogastrique qui peu à peu devient très douloureuse. Elle est formée par un hématocolpos avec hématométrie. Incision de la cloison vaginale située à un centimètre de profondeur dans le vagin. Elle est épaisse d'un millimètre. Il s'écoule 900 grammes de sang noir. La tumeur s'affaisse. Ultérieurement, cette femme s'est mariée et a eu deux enfants.

Le deuxième cas concerne une femme de 28 ans, présentant des règles douloureuses et traînantes. Cloison membraneuse épaisse de cinq millimètres à 4 cm. 5 de la vulve, perforée en son centre d'un orifice gros comme un crayon. Incisions longitudinales suturées transversalement. Au bout d'un an, on ne retrouve plus trace de ce diaphragme.

Enfin, la troisième observation concerne une femme de 24 ans, présentant une cloison épaisse de deux millimètres au tiers supérieur du vagin, perforée en son milieu par un orifice de cinq millimètres de diamètre. Excision du diaphragme.

A propos de ces trois cas, je reprends la pathogénie des cloisonnements transversaux congénitaux du vagin, résultats d'un arrêt de développement. On sait que le canal vaginal se forme aux dépens du segment inférieur des canaux de Müller ; primitivement, le canal vaginal n'aboutit pas directement au cloaque, mais la communication se fait par un canal vestibulaire assez long. Or, c'est précisément à ce point de jonction entre les canaux de Müller et le canal vestibulaire qu'est le lieu d'élection des cloisonnements transversaux congénitaux du vagin. La cause déterminante de cet arrêt de développement nous reste inconnue.

Ces cloisonnements peuvent se compliquer d'accidents d'hématométrie, de stérilité ou de dystocie.

L'incision cruciale ou l'excision : tel est le traitement chirurgical qui

s'impose et qui sera le plus souvent réalisable par les voies naturelles. Si le diaphragme est trop baut situé on pourra recourir, à l'exemple de LECÈNE, à la voie transpéritonéale.

Utérus bicorne unicervical.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 19 mars 1924 (*Bulletin*, 13e année, N° 5).

Je me suis particulièrement intéressé aux malformations génitales de la femme, puisqu'une partie de ces malformations a inspiré le sujet de ma thèse.

J'apporte ici l'observation d'un utérus bicorne unicervical, suivant la classification d'OMBREDANNE, ou bifide, si on conserve la dénomination ancienne.

Sans m'étendre sur l'histoire de cette malade, voici les signes cliniques qui m'ont mis sur la voie du diagnostic, regrettant qu'à ce moment l'exploration radiologique au lipiodol n'ait pas été du domaine pratique, ce qui constituerait actuellement une lacune dans les investigations.

Au toucher, on trouve un col utérin, facilement limité, en latéroflexion droite, et entre le corps et l'excavation, le doigt perçoit la trompe et l'ovaire. Le Douglas est libre.

Dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse dure, arrondie, douloureuse, du volume d'une mandarine, mais mobile, collée contre l'isthme. Je pense à un fibrome latéral gauche inclus dans le ligament large.

L'intervention montre qu'il s'agit d'une anomalie utérine. Il existe deux corps utérins à peu près égaux, séparés sur tonte la hauteur et ayant chacun une conformation semblable. Leur base au niveau de l'isthme est séparée par un intervalle d'environ cinq millimètres. Du pôle supérieur se détache une trompe avec l'ovaire, et, en avant d'elle, le ligament rond ; mais tandis qu'à droite ces organes occupent leur situation normale, à gauche l'ovaire est fixé par des adhérences à des franges épiploïques au niveau du détroit supérieur et attire la trompe vers le haut.

Je pratique une hémi-hystérectomie gauche.

Je ne reviendrai pas sur la formation de ces anomalies. Il faut incriminer un défaut de fusion des canaux de Müller dont les différentes formes d'utérus doubles ne sont que des cas particuliers.

Dans cette observation, les symptômes douloureux et les caractères des règles éveillent l'idée d'une hématométrie.

Evidemment, il n'en est rien, mais il est permis de supposer que la sténose et l'angulation de l'isthme provoquaient une certaine rétention, ne cédant qu'à une pression du contenu utérin.

Aussi, en appuyant sur ces idées, sur les adhérences contractées par l'ovaire et les douleurs accusées par la malade, ai-je jugé logique de supprimer le corps utérin et les annexes gauches.

C'est l'opération de choix préconisée par HALBAN, QUÉNU, LESOURD et GOUILLOUD. Ces auteurs considèrent les résultats de cette intervention comme excellents : elle conserve à la femme ses caractères sexuels, donne une guérison en général stable et durable. On a même signalé des observations de grossesse ultérieure.

Pyocolpos latéral.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 17 juin 1925 (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* 1925, p. 608).

Cette observation concerne la malade dont j'ai rapporté l'observation dans le travail intitulé « Utérus bicorne unicervical ». L'amélioration signalée se maintint pendant quelques mois, au bout desquels les mêmes symptômes réapparurent. L'examen montra alors qu'il existait une tuméfaction molle et dépressible de la paroi latérale gauche du vagin.

On constate, en outre, que l'expression de cette tuméfaction amène un écoulement purulent par le col utérin.

Une ponction faite dans la collection amena l'issue de 200 grammes de pus extrêmement fétide.

Il s'agissait d'un vagin latéral infecté, d'un *pyocolpos.* Parmi les nombreuses malformations génitales, ce type est parmi les plus rares. Il s'agissait, en effet, d'un défaut d'accolement des canaux de Müller. Normalement, ceux-ci se fusionnent au niveau du cordon génital. La partie supérieure du vagin est d'origine müllérienne, d'après POZZI, tandis que son segment inférieur procède du sinus uro-génital.

Dans le cas qui nous intéresse, l'accolement des canaux de Müller s'est fait partiellement, c'est-à-dire uniquement au niveau du col : on observait en effet deux hémi-utérus, portant chacun leurs annexes normales, un col unique et deux vagins.

Le traitement de cette malformation est l'extirpation du vagin laté-

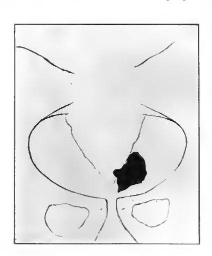
ral, ce qui a été fait et a amené la guérison complète de la malade, guérison qui se maintient depuis cinq ans.

A propos d'un cas d'hematocolpos latéral avec pyocolpos.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. LV, N° 35, p. 1404-1411. En collaboration avec M. LOUYOT.

L'appareil génital de la femme est le résultat de l'accolement, chez l'embryon, des canaux de Müller. Qu'il existe un défaut d'accolement et les deux canaux subsistant séparément et se développant, on observera une duplicité des organes de la génération.

Le cas que nous avons observé en est un nouvel exemple : il s'agissait d'une jeune femme de 22 ans que nous voyons parce qu'elle présente des pertes abondantes et très fétides. Le toucher fait percevoir une tuméfaction latérale gauche, au tiers supérieur du vagin, qui masque le col. La pression sur cette masse fait sourdre du pus par le col utérin



qui est d'aspect normal, et la malade qui éprouvait une douleur vive dans la fosse iliaque gauche, est soulagée après évacuation de ce pus. Une radiographie après injection de lipiodol dans cette cavité purulente délimite ses contours : il s'agit d'un pyocolpos développé dans un vagin latéral atrophique (vérification histologique). On en pratique l'ablation chirurgicale et au pôle supérieur on découvre un deuxième orifice au col utérin.

Un hystéromètre introduit dans chacun des orifices ne rencontre pas le voisin. L'injection de lipiodol dans chaque orifice a décelé, à la radiographie, l'existence de deux hémi-utérus, sans communication entre les cols, avec leur annexe implantée sur la corne externe.

Guérison opératoire.

Deux ans après, je suis appelé auprès de cette malade : elle venait de faire une fausse couche de deux mois. La grossesse s'était développée dans l'hémi-utérus gauche dont l'augmentation de volume était nettement en rapport avec l'âge de la grossesse.



En opérant, nous n'avions pas touché aux utérus, ignorant au cas de grossesse celui dans lequel l'œuf élirait domicile.

Nous avons eu affaire à un défaut d'accolement des canaux de Müller avec atrophie de la partie inférieure du canal gauche, dans lequel

s'est développé d'abord un hématocolpos, transformé en pyocolpos à la suite d'un coït infectant.

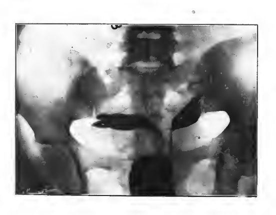
OMBREDANNE et MARTIN ont classé les malformations utérines dans lesquelles se produit un hématocolpos en trois types :

1° Utérus double à corps et à cols complètement indépendants et réunis chacun à un vagin (utérus didelphe proprement dit).

2° Utérus double à corps séparés, mais accolés cervicalement (utérus pseudo-didelphe).

3° Utérus bicorne unicervical à corps indépendants, mais à corps fusionnés.

Ni l'examen clinique, ni la radiographie n'ont pu nous montrer l'orifice de communication de la fusion entre les deux cols, et cependant elle devait exister puisque le contenu purulent du pyocolpos s'évacuait par le col du côté opposé et, d'autre part, comment expliquer l'infection exogène de l'hématocolpos si bien en relation avec le début des rapports sexuels ?



Dans un dernier paragraphe, le traitement est étudié, et je discute du choix de la voie d'accès. L'idéal serait l'hémihystérectomie avec colpectomie, mais elle n'est possible que dans le cas d'utérus didelphe, ce

que l'on ignore souvent avant l'intervention, et est soumise à de nombreux aléas, puisqu'il faudra disséquer par voie abdominale une cavité extrêmement septique et toujours susceptible de se rompre au cours des manœuvres. La grosse majorité des cas connus ont été traités par laparotomie, beaucoup se sont terminés par hystérectomie dans l'ignorance où l'on était de la malformation, et tous les auteurs s'accordent à signaler les grosses difficultés rencontrées et les suites souvent fort accidentées.

Pour réaliser l'indication première, la suppression radicale du pyocolpos, j'ai préféré la voie vaginale qui donne un accès praticable sur toute la cavité purulente jusqu'au voisinage de la crosse utérine et de l'uretère, avec un minimum de risques d'infection.

Brides cicatricielles du vagin.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 18 janvier 1928 (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* mars 1928, p. 304). En collaboration avec M. Louyot.

Dans une première observation, nous rapportons une malformation consistant en un diaphragme vaginal mince perforé d'un orifice, méconnu parce que haut situé et ne mettant obstacle ni à la copulation, ni à l'écoulement du sang menstruel.

Chez notre deuxième malade, à la suite d'un accouchement au forceps, on trouve une bride partant de l'angle droit du col et rejoignant la paroi vaginale droite. Elle forme un anneau admettant facilement l'index.

Quelques cas de tuberculose génitale.

Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1924, 13e année, N° 7.

La tuberculose tubaire est une affection plus fréquente qu'on ne l'admet habituellement — notamment la tuberculose tubaire localisée. Elle s'observe surtout chez des sujets atteints d'hypoplasie génitale et succède exceptionnellement à une infection antérieure (puerpérale ou gonococcique).

Elle se présente sous trois formes : la salpingite tuberculeuse (à

tendance caséeuse ou fibreuse), l'abcès froid et l'hydrosalpinx (inflammatoire ou cicatriciel).

Nous apportons dans notre travail cinq observations qui concernent deux tuberculoses tubo-ovariennes, un pyosalpinx tuberculeux, une tuberculose granulique ascitogène de la trompe, un hydrosalpinx tuberculeux.

Les malades faisant l'objet de ces observations ont guéri ou se sont trouvées améliorées : elles nous montrent des aspects différents de la tuberculose génitale localisée ; car leur seul point commun est précisément leur localisation tubaire ou tubo-ovarienne. La tuberculose granulique ascitogène de la trompe, où même le seul examen macroscopiqus des lésions suffit à porter le diagnostic, est une forme relativement fréquente. En général, les granulations apparaissent tout d'abord du côté du pavillon. Nous avons cependant observé une forme où celles-ci étaient localisées à l'extrémité interne, et où, peu nombreuses, elles n'avaient provoqué l'apparition d'aucun liquide ascitique.

Chez une malade, le toucher faisait supposer une grossesse extra-utérine et seul l'examen histologique a pu préciser la nature de l'affection qui frappait la trompe et l'ovaire. Une telle symptomatologie est exceptionnelle.

Enfin, il est un aspect particulièrement intéressant, c'est l'hydrosalpinx. Certains auteurs, avec TARGETT, ALBERTIN, LEA l'ont admis. TEMSEN a pu découvrir des bacilles tuberculeux dans le liquide d'un hydrosalpinx.

FORGUE le considère comme une manifestation atténuée de la tuberculose tubaire.

Le seul traitement est un traitement chirurgical qui sera, suivant les cas, conservateur ou radical, auquel on associera les procédés hygiéniques, diététiques, médicamenteux et physiothérapiques habituels.

Mais il faut savoir que les malades porteuses de lésions tuberculeuses tubaires sont en général stériles.

Avortement provoqué. Péritonite enkystée consécutive à une perforation utérine. Laparotomie. Guérison.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 15 juin 1921. En collaboration avec M. BINET.

Une femme de 32 ans, en voulant se faire avorter, provoque une perforation utérine. Celle-ci est suivie de péritonite enkystée. Une poche

purulente énorme occupe le bassin, l'hypogastre, et remonte en fer à cheval dans les flancs. L'utérus est fixe, mais les cul-de-sac vaginaux bien que douloureux sont peu saillants.

L'intervention est pratiquée par voie haute ; laparotomie et drainage. La guérison se fait sans incidents.

Il est à noter qu'avant l'intervention, à aucun moment la température n'a dépassé 37°2, et si ce n'était l'accélération du pouls à 120 et le faciès de la malade, on n'aurait pu soupçonner la péritonite purulente provoquée certainement par la perforation de l'utérus. C'est cette absence de symptômes généraux, alors que le pus se collectait en très grande quantité dans le péritoine, qui fait la particularité de cette observation.

La salpingite syphilitique existe-t-elle ?

Société de Gynécologie et d'Obstétrique, 16 février 1927 (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, juin 1927, p. 405).

Ce mémoire est autant une question d'hygiène social que de gynécologie et fait ressortir les risques de contamination qui existent encore dans certaines industries.

Une jeune fille de 20 ans, tisseuse, est contaminée par une navette dans laquelle on engage le fil en l'aspirant par succion. L'ouvrière qui la précédait était spécifique avérée. Aussi la malade présenta-t-elle un chancre de la lèvre.

Quelque temps plus tard, elle eut des céphalées si violentes qu'on crut à une méningite. A ce moment, on fit un Wassermann qui fut positif. La malade reçut deux séries de piqûres d'acétylarsan.

Environ dix-huit mois après apparaissent de vives douleurs abdominales localisées dans le bas-ventre, surtout à gauche, avec métrorragies importantes.

L'examen génital, pratiqué par voie rectale (il s'agit d'une vierge et l'orifice hyménéal n'admet pas le doigt) fait percevoir une trompe gauche augmentée de volume, très douloureuse ; le cul-de-sac droit est simplement empâté.

En raison de l'état général, on émet l'hypothèse d'annexites bacillaires, mais ni dans les antécédents, ni dans l'examen clinique on ne peut déceler aucune atteinte tuberculeuse.

Je conseille donc la reprise intensive du traitement spécifique et, de

fait, à quelque temps de là, j'ai l'occasion de revoir cette jeune fille : les signes observés ont disparu.

Cette observation est d'autant plus probante qu'il s'agit d'une vierge, qu'on a pu établir le mode de contamination et que la lésion a guéri par le traitement spécifique.

Grossesse tubaire bilatérale simultanée, mais non contemporaine.

Revue Médicale de l'Est, 15 décembre 1921.

Grossesse extra-utérine bilatérale.

Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1925.

Grossesse interstitielle rompue. Transfusion sanguine. Guérison.

Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1924.



A propos de la douleur élevée dans la rupture de grossesse extra-utérine.

Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1924.

J'ai eu l'occasion d'observer et de traiter un nombre considérable de grossesse extra-utérines. Parmi celles-ci, certaines se présentaient suivant le type classique avec les symptômes et les accidents habituels. D'autres, au contraire, présentaient des caractères anormaux intéressants et ce sont celles-là uniquement que j'ai publiées.

Je suis intervenu une fois chez une malade présentant des symptômes tels que le diagnostic de grossesse extra-utérine avait été formellement posé.

Après laparotomie, nous nous trouvons en présence d'une trompe très dilatée dans sa partie ampullaire, sinueuse, violacée, du volume d'une poire. A droite, la trompe est également de volume anormal, mais moitié moindre que du côté opposé. J'enlève les deux annexes qui sont examinées : l'histo-anatomo-pathologie démontre qu'on se trouve en présence d'une grossesse ectopique, développée dans chacune des trompes, la grossesse ampullaire gauche étant plus ancienne que la droite.

Une autre fois, il s'agit d'une femme dont le passé génital est assez chargé. Quelques mois après son mariage, elle fait un petit abortus. Deux ans après, elle présente les symptômes classiques d'une grossesse extra-utérine droite pour laquelle on intervient. Six mois après cette grossesse extra-utérine, je suis appelé auprès de cette femme et porte le diagnostic de grossesse extra-utérine gauche. La résorption du kyste fœtal est obtenue sans intervention.

Les observations de grossesse extra-utérine *bilatérale* ne sont pas rares. Chez celle-ci, cependant, on observe une série d'accidents : un abortus au début, suivi de deux grossesses extra-utérines. Il semble bien qu'il faille ici invoquer un vice de développement (la malade présentait une antéflexion très marquée de l'utérus avec col de Huguier) et probablement et surtout une malformation des trompes ayant empêché la migration de l'ovule.

Dans un troisième cas, nous portons le diagnostic d'inondation péritonéale par rupture de grossesse extra-utérine.

A l'intervention, nous découvrons une grossesse *interstitielle* rompue. Nous pratiquons une ablation du kyste fœtal avec résection cunéiforme de la corne utérine correspondante.

Cette malade présentant un état de shock très marqué, consécutif à l'hémorragie abondante qu'elle avait eue, nous pratiquons une transfusion sanguine qui fait véritablement merveille. Dès le lendemain, la malade avait repris son teint habituel et son tonus général normal.

A côté de la douleur en coup de poignard qu'il est classique d'observer dans les grossesses extra-utérines rompues, on a attiré l'attention sur le siège parfois élevé de cette douleur, pouvant, à un examen superficiel, égarer le diagnostic.

J'apporte l'observation d'une malade ayant présenté brusquement une douleur de type syncopal *dans la région du creux épigastrique* pouvant en imposer pour une perforation d'ulcère gastrique. Elle ne présente aucun passé gastrique et les symptômes relevés chez elle nous font porter le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Ce diagnostic est confirmé à l'intervention.

Grossesse extra-utérine rompue par fissurations successives avec hématocèles correspondantes.

Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, juillet 1927, p. 486.

La rupture des grossesses tubaires s'observe avec des allures différentes, pouvant aller de l'inondation péritonéale brutale par éclatement de la trompe à l'hématocèle constituée lentement, progressivement par simple fissuration tubaire.

Le cas que je rapporte affecte une modalité très spéciale : il s'agit d'une femme de 42 ans, ayant eu deux enfants, qui a été réglée du 17 au 20 février. Le 30 mars, elle ressent une douleur abdominale vive avec nausées et tendance syncopale. Le 4 avril, même syndrome douloureux avec pouls à 112. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac droit une tuméfaction annexielle du volume d'une noix verte, très douloureuse.

Quelques jours plus tard, nouvelle crise douloureuse avec apparition d'une masse volumineuse dans la fosse iliaque droite.

A l'opération, je trouve une déchirure de la trompe droite qui contient un embryon et — c'est là le point intéressant — trois hématocèles distinctes, l'une dans le côté droit du pelvis et la fosse iliaque droite, une autre hématocèle supra-utérine, coiffant le fond et la partie postérieure de l'utérus, et enfin une troisième, enkystée comme les deux précédentes, située en avant et à gauche de l'utérus.

On est réduit à des conjectures pour expliquer la formation de ces trois hématocèles enkystées et séparées. Il semble que chacune d'elles corresponde à une fissuration tubaire, donc à une crise douloureuse, et qu'on est autorisé à penser qu'au moment de la première rupture, la trompe se trouvait en avant de l'utérus et, que peu à peu, s'alourdissant par les caillots contenus dans sa cavité, elle soit tombée en arrière, marquant son passage par une hématocèle supra-utérine, puis pelvienne droite.

Appendicite aiguë et rupture de grossesse tubaire bilatérale.

Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, juillet 1928, p. 649.

La bilatéralité d'une grossesse tubaire, en étant rare, n'est pas exceptionnelle. J'en ai signalé plusieurs cas, où la constatation sur chaque ovaire d'un corps jaune de grossesse vient affirmer le diagnostic.

Ce diagnostic de bilatéralité est toujours difficile. S'il y a rupture d'un côté, le type fœtal de l'autre trompe sera presque toujours méconnu. S'il y a rupture bilatérale à peu d'intervalle l'une de l'autre, le diagnostic est impossible.

C'est un cas de ce genre qu'il m'a été donné de voir, et il s'y ajoutait en outre une crise appendiculaire aiguë. On comprendra la difficulté du diagnostic en pareille occurrence.

Une femme de 23 ans présente un retard de règles de quelques jours vers le 8 janvier. Puis les époques viennent pendant six jours, quand le 16 janvier, brusquement, elle est prise d'une violente douleur abdominale dans la fosse iliaque droite avec défense de la paroi et température à 38°5. On pense à une appendicite aiguë. Le 27 janvier, nouvelle crise plus douloureuse que la précédente. Dans les jours suivants, léger suintement vaginal sanglant.

Le 3 février, nouvelle douleur abdominale atroce, syncopale, la malade pâlit, pouls petit, pas de température.

Au toucher, le Douglas tombe, on sent une tuméfaction annexielle droite ; la sensibilité est telle qu'il est impossible de percevoir quoi que ce soit à gauche.

Opération immédiate : du bassin rempli de caillots, on extrait la trompe droite portant une fissure de 1 cm. 5, obturée par un caillot ; la trompe gauche est éclatée et saigne abondamment. Je pratique une sal-

pingectomie gauche, une salpingectomie conservatrice avec salpingostomie droite, et enfin j'enlève un appendice gros, turgescent, adhérent.

La malade s'est rétablie normalement.

L'intérêt de cette observation réside dans la succession des trois crises douloureuses à quelques jours d'intervalle correspondant, la première à la crise appendiculaire, la deuxième à la fissuration tubaire droite avec suintement sanguin, et la dernière à la rupture de la trompe gauche avec inondation péritonéale.

Grossesse extra-utérine par obstacle sur la trompe, hématocèle anté-utérine.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 17 février 1927 (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, juin 1927, p. 404). En collaboration avec MM. VAUTRIN et VERMELIN.

Femme de 43 ans qui ,après un retard de règles d'environ six semaines, présente la symptomatologie de la rupture tubaire le 19 décembre 1926.

Le 23 décembre, elle expulse des débris.

Le 8 janvier, nouvelle crise douloureuse. A l'examen, le col est gros, dur, fermé, correspondant à une masse abdominale du volume d'une grosse orange médiane, non mobilisable. Dans le cul-de-sac postérieur resté libre, on sent une masse dure, régulière, douloureuse, envahissant le cul-de-sac droit.

A l'opération, on découvre la trompe droite rompue et dans les caillots on trouve d'œuf. Ablation des annexes droites. La masse arrondie perçue à l'examen de la malade est constituée par une hématocèle antérieure, refoulant l'utérus en rétroversion dans le Douglas.

L'examen de la trompe montre en dedans de la rupture un nodule de la taille d'une noisette, lisse, rond, rénitent. Il présente à la coupe une partie centrale grisâtre et une zone externe jaunâtre. L'histologie décèle sa nature : il s'agit d'une surrénale aberrante .

Celle-ci obturant partiellement le canal tubaire a empêché la nidation de l'œuf dans l'utérus et conditionné son développement dans la trompe.

L'embryologie explique facilement, par la situation du corps de Wolff, la présence de surrénales accessoires dans le ligament large. Ces deux formations sont très voisines et le corps de Wolff peut entraîner des

cellules de ces glandes tout le long de son trajet. Ceci explique également la présence dans le ligament large de tumeurs mixtes, embryomes formés du tissu germinatif entraîné par le corps de Wolff.

L'existence d'une hématocèle anté-utérine — d'observation rare — en imposait pour un fibrome et rendait le diagnostic difficile dans ce cas.

Rétention placentaire aseptique post-abortum prolongée dix-huit mois.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 17 décembre 1924 (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* 1925, p. 186).

Les rétentions placentaires dont la durée varie de quelques semaines à deux ou trois mois sont relativement fréquentes. Il est exceptionnel d'en observer au bout de 15 ou 18 mois.

J'ai eu l'occasion d'en voir un cas dont je donne l'observation complète. Un curage digital mit fin à cette rétention.

Outre la durée de la rétention qui ne s'accompagnait pas du tableau classique habituel, il faut retenir :

1° Le volume considérable de ce polype placentaire qui était plus gros que le poing.

2° Les hémorragies rares auxquelles ce polype a donné lieu : deux en dix-huit mois.

Notons enfin que, dans cette observation, il s'agissait bien d'un cas bénin, mais on a constaté dans certains cas histologiquement des proliférations épithéliales qui provoquent des dégénérescences aboutissant au chorio-épithéliome.

Syndrome adiposo-génital.

Revue Médicale de l'Est, 15 décembre 1921.

Nous rapportons, en collaboration avec le docteur Vautrin, l'observation d'un malade présentant des signes d'insuffisance pluri-glandulaire, mais chez laquelle, semble-t-il, la lésion de l'hypophyse semble dominante.

La radiographie du crâne faite à ce sujet montre une selle turcique agrandie, ce qui vient corroborer notre opinion.

Sur un cas de chorio-épithéliome.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 18 février 1925 (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* 1925, p. 261.

Après un accouchement normal, une primipare présente après la sixième semaine des suites de couches des pertes sanguines continues. Un curettage permet l'ablation d'une portion de cotylédon. Dans la suite, les pertes continuant, une ligamentopexie ne donne aucun résultat. Un second curettage nécessité par l'abondance des pertes est suivi d'un état septicémique grave qui commande une hystérectomie abdominale. La malade meurt de péritonite.

L'examen anatomo-pathologique de l'utérus, dans lequel existe une tumeur du volume d'une amande, ne permet pas de conclure affirmativement ; l'évolution clinique rappelle en tous points celle du chorio-épithéliome.

Epithélioma primitif de la trompe de Fallope.

Gynécologie et Obstétrique, t. VII, 1923, N° 4. En collaboration avec M. Morlot.

Les épitheliomas de la trompe de Fallope, sans être une rareté clinique, ne sont pas toutefois d'observation courante.

On trouvera rapportée dans cet article la bibliographie concernant cette affection.

Notre observation concerne une malade de 54 ans chez laquelle le diagnostic porté fut celui de pyosalpinx droit.

A l'intervention, la trompe droite est distendue, piriforme, à grosse extrémité reposant sur l'extrémité du cœcum. On pratique une hystérectomie totale.

La trompe apparaît très altérée à l'examen histo-anatomo-pathologique. La région du pavillon est de forme irrégulièrement globuleuse avec, sur sa face supérieure, une sorte de hernie mamelonnée menaçant rupture. L'ovaire petit, dur, scléreux, n'est pas autrement malade.

Sur des coupes sériées de la trompe, on ne trouve aucun liquide, alors que l'on avait cependant une sensation molle, fluctuante. Cette sensation était donnée par un sorte de substance blanchâtre à peu près

homogène, finement grenue, centrée assez exactement par une matière moins compacte, à grumeaux plus gros, teintée légèrement en rose jaune.

Au centre du renflement globuleux externe, on trouve un noyau hémorragique, dégénéré par nécrose, tandis qu'à la périphérie existe cette même substance blanchâtre qui remplit toute la trompe. L'étude microscopique montre une altération profonde de la structure histologique normale de la trompe de Fallope. La plus grande partie du tissu qui oblitère la trompe est constituée par des formations épithéliales qui se présentent sous trois aspects :

1° En périphérie, les figures formées par l'épithélium ont les caractères d'un épithélioma alvéolaire papillifère.

2° Plus vers le centre, les formations néoplasiques sont constituées par de grandes papilles rappelant vaguement les franges de la trompe, se dycotomisant d'une façon innombrable.

3° Enfin, il est de grandes zones dont les caractères sont ceux des épithéliomas tubulés, c'est-à-dire formés de nombreux boyaux pleins, souvent très volumineux et entassés les uns contre les autres.

Toutes ces cellules ont des caractères histologiques de grande vitalité, très atypiques, avec nombreuses figures de caryocinèse.

A noter que dans toutes ces formations, on rencontre des cellules épithéliomateuses géantes, plurinucléées avec inclusions chromatiques, vacuoles, nombreuses figures de caryocinèse typiques et surtout atypiques.

De l'étude des coupes sériées faites le long de la trompe, il résulte qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique primitif de la trompe, à type carcinomateux et papillifère, ayant eu comme point de départ l'ampoule tubaire, qui s'est propagé de proche en proche, vers l'ostium uterinum, encore sain ainsi que l'utérus.

Sept mois après l'intervention, la malade présentait de l'ascite, signe de généralisation de son cancer.

Le cancer primitif de la trompe est difficile à diagnostiquer. Le plus habituellement on le confond avec une salpingo-ovarite ou un pyosalpinx.

Le traitement rationnel à appliquer au cancer primitif de la trompe est l'hystérectomie abdominale totale, toutes les fois que les limites d'opérabilité ne sont pas dépassées. On a soulevé la question du traitement par les émanations radifères, mais à notre connaissance, cette thérapeutique n'a pas encore été appliquée dans ces cas.

Tuberculose de l'ovaire.

Société de Gynécologie et d'Obstétrique du 17 mars 1928 (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, p. 369).

L'ovaire est un mauvais terrain pour l'éclosion du bacille tuberculeux. C'est un fait parfaitement acquis. L'extension du processus de la trompe à l'ovaire est la modalité habituelle de contamination.

La tuberculisation de l'ovaire avec une trompe saine est chose beaucoup plus rare.

Je relate une observation rentrant dans ce dernier groupe et qui présente un certain nombre de points intéressants. Tout d'abord, l'examen anatomo-pathologique nous indique que l'ovaire présente des lésions caséeuses tuberculeuses très intenses avec destruction presque totale de l'ovaire et formation d'une vaste caverne remplie de caseum.

Ces lésions sont unilatérales et uniquement localisées à l'ovaire. La trompe correspondante est parfaitement saine.

Un autre point intéressant réside dans l'augmentation de volume considérable et rapide de cet ovaire. Lorsque la malade s'est présentée à nous avec cette masse pelvienne, si nous ne l'avions connue auparavant et si nous ne l'avions examinée précédemment, nous aurions posé sans nul doute le diagnostic de kyste tordu, et nous aurions pu intervenir d'urgence, ce qui n'aurait peut-être pas été sans inconvénient en pleine poussée aiguë.

Averti, au contraire, nous avons pu laisser passer cette période et opérer dans de bonnes conditions.

L'ablation de cet ovaire n'a produit aucun trouble menstruel, ce qui n'est pas surprenant étant donné l'état de désintégration de cet ovaire.

Fibromes isolés du ligament large.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 18 février 1925 (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1925, p. 330).

Chez cette malade, l'intervention avait trouvé son indication dans l'existence au toucher d'une masse dure, fibromateuse au niveau du cul-de-sac droit.

On trouve un ovaire droit kystique et à contenu hématique, et vers la base du ligament large, deux masses dures, l'une inférieure, du

volume d'une noix, l'autre de la grosseur d'un œuf, situées tout à fait à la base de ce repli péritonéal et indépendantes du col utérin.

Leur énucléation est facile.

A la coupe, ces masses présentent l'aspect de fibrome. C'est du reste la tumeur solide la plus habituelle du ligament large. Sauger, Gross et Lang ont montré qu'il s'agissait de fibro-myomes développés aux dépens du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses décrites par Rouget dans le ligament large.

Ils peuvent subir toutes les modifications de structure et toutes les dégénérescences qui frappent les fibro-myomes utérins.

En général, leur énucléation est facile en ménageant l'utérus et même les annexes dans les cas favorables. Le point le plus délicat est de réaliser une hémostase complète.

Volumineux fibrome de l'ovaire.

Bulletins de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique, avril 1929, p. 298.

Une malade de 41 ans m'est adressée pour volumineuse hernie ombilicale étranglée. Je la vois à la 12e heure, avec un abdomen très ballonné. Au travers des téguments de la hernie, on devine les anses intestinales déjà sphacélées. Intervention immédiate : résection intestinale de toute la partie malade du grêle.

Mais je me trouve alors dans l'impossibilité de réintégrer les anses, car il existe une masse énorme dans l'abdomen, libre, dure, fibreuse, dont le pédicule est dans le bassin. J'extériorise la masse et me rends compte qu'il s'agit d'un fibrome de l'ovaire gauche. Ablation.

Malgré cette opération shockante, la malade a guéri simplement.

Le fibrome de l'ovaire, dont l'examen histologique a été pratiqué, pesait 7 kg. 850. Un pareil poids est exceptionnel.

Détail curieux : la malade ne s'était jamais plaint ni de cette masse ni des compressions que certainement elle produisait.

Collections séreuses pelviennes post-opératoires.

Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, juillet 1927, p. 487.

Chez des malades ayant subi une hystérectomie totale avec drainage vaginal, on observe des tuméfactions pelviennes, liquides, à contenu d'ap-

parence séreux, survenant un certain temps après la guérison opératoire.

Il faut écarter les hypothèses de développement de kyste embryonnaire ou non, de réaction tuberculeuse localisée ; on ne peut envisager que la possibilité d'une collection lymphatique ou d'un hématome dont les globules sanguins ont disparu.

Les lymphorragies sont très connues. Après certaines hystérectomies totales, elles peuvent être très abondantes. La lymphe, de même que le sang peut suinter d'une manière imperceptible, ne pas enrayer la cicatrisation, mais arriver à la longue à déterminer la production d'une collection. Celle-ci se révélera par la gêne ou la douleur provoquée par son volume.

J'en rapporte deux exemples.

La sympathectomie péri-hypogastrique contre les douleurs du cancer utérin.

Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, mars 1928, p. 294.

Tout médecin connaît les douleurs atroces qu'endurent les malheureuses atteintes de cancer utérin propagé dans le paramètre jusqu'aux filets nerveux qui le traversent. La morphine, même à haute dose, ne suffit pas toujours à apaiser leurs souffrances et à leur donner quelque repos.

Dans la chirurgie de la douleur, LERICHE a montré que la sympathectomie périartérielle ou la cordotomie, voire la ramisection, en interrompant la voie sensitive calme les algies.

Chez deux cancéreuses, j'ai pratiqué une sympathectomie périhypogastrique avec des résultats très satisfaisants, les malades ayant retrouvé le repos et le sommeil jusqu'à ce que les progrès de leur affection les emportent.

J'ai préféré la sympathectomie aux autres interventions, car elle est beaucoup moins shockante, la cordotomie en particulier étant d'exécution beaucoup plus laborieuse et risquant chez des malades à résistance très amoindrie d'amener une issue fatale rapide.

Les anomalies du cul-de-sac de Douglas et leur rôle dans les prolapsus génitaux.

Docteur Boès (thèse 1925).

Nous avons contribué à la thèse du docteur Boès en lui apportant avec nos observations les idées que nous possédions sur cette question.

Cette thèse aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les dimensions anormales du cul-de-sac de Douglas, accompagnant les prolapsus génitaux peuvent être congénitales ou acquises.

2° La profondeur anormale congénitale du Douglas est due à la persistance de l'état fœtal par arrêt de régression du cul-de-sac génito-rectal primitif, car souvent l'utérus est resté en bonne position, son fond à hauteur normale.

3° L'allongement du cul-de-sac vagino-rectal définitif peut, d'autre part, être secondaire et consécutif au développement du prolapsus congénital lui-même.

4° Dans le premier cas, le Douglas de profondeur anormale peut devenir l'origine du prolapsus, par refoulement progressif de la paroi vaginale postérieure par l'intestin distendant le fond du cul-de-sac.

Dans le second cas, l'anomalie acquise tend à aggraver l'importance du prolapsus.

Kyste racémeux wolfien.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, 29 novembre 1922 (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* 1922, N° 10, p. 747).

Présentation d'une pièce opératoire provenant d'une femme de 47 ans qui n'a eu aucune grossesse et dont les règles ont été normales jusqu'à trois mois avant l'intervention. Elle eut alors des métrorragies.

On enlève un hématosalpinx droit volumineux et dans le fond du pelvis on voit une tumeur kystique à loges multiples, à paroi transparente, à contenu liquide dont on pratique également l'ablation.

Ces formations sont des proliférations de débris embryonnaires provenant du canal de Wolff, et dont on peut rencontrer des exemples tout le long du trajet de ce canal.

Sur une cause de dystocie.

Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, mai 1928, p. 529.

L'irruption pelvienne de la tête fémorale, par enfoncement du fond du cotyle est une affection rare, particulièrement chez la femme. Elle comporte chez elle de graves conséquences pour l'accouchement si la réduction a été insuffisante et s'il persiste une saillie dans le bassin qui diminue son diamètre utile.

J'en ai observé deux cas chez des femmes de 30 et 38 ans. Chez l'une, la réduction n'a laissé qu'une saillie de cinq millimètres. Chez la seconde, il n'y a pas eu de réduction, il persiste une gêne fonctionnelle importante et le cal intra-pelvien est saillant de 2 cm. 5.

FABRE, PIERY et DE MATZ ont signalé cette cause de dystocie. Tout récemment, GONNET et DESJACQUES, en face d'une lésion similaire, durent faire une césarienne.

Un cas de môle hydatiforme.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, décembre 1929. En collaboration avec MM. HOCHE et GENTIN.

L'histoire de cette malade est extrêmement intéressante de par l'allure tout à fait anormale de son affection, le diagnostic exact de l'affection n'ayant pu être posé qu'après l'intervention. Cette femme, dont le passé génital n'était pas spécialement chargé, accouche six ans auparavant d'un enfant mort au cours des manœuvres d'extraction. Peu de temps après cet accouchement, elle est vue par un gynécologue qui constate la présence d'une tuméfaction latéro-utérine et pense à un kyste ovarique. Les choses en restent là et la malade se porte parfaitement, elle a des règles normales et ne souffre pas du bas-ventre. Nous avons l'occasion de la voir au mois de décembre 1929 parce que, depuis quatre mois environ, elle présente des méborragies de plus en plus abondantes au point qu'elle n'arrive plus à situer exactement le moment de ses règles. Elle nous est adressée avec le diagnostic de kyste ovarique, mais en raison de l'histoire et des signes cliniques, nous pensons plutôt à un fibrome et nous intervenons.

Nous trouvons un utérus globuleux, volumineux et des annexes saines en apparence.

L'examen macroscopique de la pièce nous met en présence d'une masse charnue intra-utérine, limitée à l'extérieur par une paroi propre et présentant à sa surface un nombre considérable de vésicules en grappes : il s'agit, à n'en pas douter, d'une môle hydatiforme.

L'examen histo-anatomo-pathologique confirme ce diagnostic : il nous permet d'affirmer qu'il n'y a pas de dégénérescence. Enfin, point extrêmement intéressant et qui vient à l'encontre des théories habituelles affirmant la présence à peu près constante de kystes luteïniques au niveau des ovaires dans les cas de ce genre, les ovaires de notre malade sont macroscopiquement et microscopiquement sains.

Un cas de torsion de la trompe utérine.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, novembre 1929 (*Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique,* janvier 1930, p. 84). En collaboration avec M. Gentin.

Cette affection, relativement rare, a été discutée à plusieurs reprises ces temps derniers à la Société de Chirurgie de Paris à l'occasion d'observations de torsion de la trompe utérine au cours de la grossesse.

Chez notre malade, il n'y avait pas de gravidité et nous intervenions avec le diagnostic de salpingite.

Nous trouvons en effet, du côté droit, une trompe volumineuse et adhérente en arrière, mais à gauche la topographie des annexes présente une disposition inattendue :

La trompe utérine présente une véritable torsion en forme de V. Le pavillon est rabattu en avant et à droite du fond utérin, l'extrémité droite des annexes est adhérente à la vessie : la pointe du V formé par la trompe, est tordue sur elle-même eomme une épissure de fil électrique réalisant ainsi trois tours de spire.

La torsion de cette trompe a dû se faire non pas immédiatement et brusquement comme dans les torsions de la trompe saine donnant naissance à des accidents comparables à ceux des torsions de kystes ovariques par exemple, mais progressivement à la faveur d'adhérences provoquées par le processus infectieux.

D'ailleurs, dans l'histoire de la malade on trouve des épisodes douloureux intenses de la fosse iliaque gauche sans réaction péritonéale, ni fièvre, ni modifications du pouls et qui semblent correspondre aux divers temps de cette torsion.

La diathermie dans les affections abdominales.

Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, janvier 1928, N° 1, p. 97.

Dans ce mémoire, j'étudie les effets de la diatbermie dans les affections abdominales très différentes, qui n'ont comme caractère commun qu'une inflammation d'un organe ou l'existence d'adhérences inflammatoires ou post-opératoires :

Je présente des observations de sigmoïdite, de salpingite, de salpingo-ovarite bacillaire s'accompagnant de douleurs au moment des règles, de péricolite, de dolichocolon, de pyosalpinx évacué par colpotomie, mais ayant laissé des parois indurées, rigides, d'adhérences post-opératoires après hystérectomie totale pour salpingite, de névrite.

Les résultats ont été en général très bons ; les douleurs ont été amendées ou ont disparu. J'ai pu constater que des utérus fixés sont devenus mobiles, que des trompes tuméfiées avaient rétrocédé.

Le mode d'application varie avec les affections à traiter, de même que la dimension et la forme des électrodes. L'intensité du courant employé sera variable avec chaque cas. Il sera toujours utile de contrôler la température produite, en particulier si on utilise une électrode vaginale en forme de bougie de Hégar. Il faut également veiller à ce que les électrodes soient correctement appliquées sur la peau pour éviter des brûlures.

Depuis cette communication, je me suis très souvent servi de la diathermie et en ai obtenu les meilleurs résultats. J'ai pu, entre autres, guérir sans opération des salpingites récentes.

Le bistouri électrique en chirurgie gynécologique.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 22 novembre 1929 (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* janvier 1930, p. 85).

Les intéressantes communications de HEITZ-BOYER et de MOURE à la Société de Chirurgie ont mis au point l'emploi du bistouri électrique, sa technique, ses indications. Son utilisation est récente, du moins en France.

De FOURMESTRAUX l'a préconisé pour nettoyer les éplthéliomas du

col et pour les désinfecter. MOURE a étendu ses indications à la chirurgie utérine.

Quels avantages a-t-il sur le bistouri sanglant ?

Quelles sont ses indications en chirurgie gynécologique ?

Quels résultats peut-on en attendre ?

Il réalise l'hémostase des petits vaisseaux en même temps qu'il les sectionne.

Il calfate les lymphatiques en les coupant et par là empêche les embolies dans les vaisseaux blancs ou la propagation à distance des éléments infectieux ou néoplasiques.

Il n'escarrifie pas les tissus et permet leur réunion par première intention. Les cellules ne sont pas détruites, mais une ou deux rangées seulement ont éclaté sous l'influence du passage du courant.

Les indications du bistouri électrique en chirurgie gynécologique découlent de ses propriétés. Elles restent les mêmes que partout ailleurs, c'est-à-dire que son emploi sera recommandé chaque fois qu'on aura à pratiquer une opération sanglante, qu'on devra agir en milieu infecté ou éviter une contamination cancéreuse.

J'étudie ensuite son emploi dans des cas particuliers : bartholinites, épitheliomas vulvaire et clitoridien, polype du col, amputation du col, fibrome, néoplasmes utérins, annexites.

Mais si on se sert d'un spéculum métallique, il faut éviter de porter le bistouri électrique à son contact, de crainte de produire des brûlures vaginales.

Quelques réflexions sur l'emploi du bistouri électrique.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, t. LV, N° 33, 14 décembre 1929, p. 1324-1332.

Nous n'avons utilisé en France le bistouri électrique qu'après que les Allemands et les Américains nous en eurent montré les avantages. Cette méthode est chez nous tout à fait d'actualité à la suite des publications de HEITZ-BOYER, de GOSSET, de MOURE, GERNEZ, MONOD, etc... Ce mémoire venait donc à son heure, car il importait de mettre au point l'emploi de ce nouveau moyen thérapeutique en donnant chacun le fruit de son expérience.

J'ai laissé délibérément de côté les éléments physiques ou électriques concernant son emploi pour n'étudier que la partie clinique de ce nouveau mode de section chirurgicale, dans quatorze cas opérés.

L'électrode active peut présenter différentes formes ; quelle que

soit celle-ci, des particules de tissu carbonisé peuvent rester adhérentes à l'électrode si l'intensité n'est pas convenablement réglée. Ce réglage a une grosse importance : trop faible, la section est mauvaise ; trop forte, on détermine des phénomènes de carbonisation du tissu et des secousses musculaires, d'autant plus gênantes pour l'opérateur que la progression de l'appareil est excessivement rapide : on a l'impression de sentir les chairs s'entr'ouvrir devant lui.

Ensuite, j'envisage l'action hémostatique du bistouri électrique qui est insuffisante pour les vaisseaux de gros et de moyen calibre.

Pour les petits vaisseaux, elle peut se faire soit directement, soit sur pince, mais en dehors de cette action immédiate, HEITZ-BOYER a mis en évidence ce qu'il a appelé l'hémostase secondaire dont la production demande quelques instants.

Je n'ai pas noté d'hémorragie secondaire.

L'emploi de la pédale à pied m'a paru indispensable.

Toutes anesthésies peuvent être utilisées, même l'anesthésie locale, la sensation de chaleur éprouvée par les malades ne les incommode pas. Il est même possible d'opérer sans anesthésie en modérant l'intensité du courant employé.

Quels avantages y a-t-il à opérer à la haute fréquence ? En dehors de l'action hémostatique — intéressante pour les parenchymes vasculaires — le bistouri électrique trouve son emploi dans la traversée des tissus sains pour aborder une zone infectée et dans la chirurgie du cancer. Il réalise le calfatage des lymphatiques et empêche de cette manière la migration des cellules cancéreuses et l'essaimage du fait de la lame sectionnante ayant déjà traversé du tissu cancéreux, et la propagation de l'infection.

Que vaut la cicatrisation ? Elle est obtenue par réunion par première intention. La cicatrice cutanée est en général souple, non pigmentée, sans rétraction, et ceci justifie l'emploi du bistouri électrique où la cicatrice a besoin de demeurer souple, par exemple dans la cure des hémorroïdes.

Je passe ensuite en revue les cas particuliers que j'ai opérés et donne le résultat de mes observations sur chacun d'eux.

Ce travail, le premier qui ait fait l'objet d'un rapport à la Société de Chirurgie, m'a valu l'honneur d'être discuté par M. HEITZ-BOYER, mon rapporteur, qui en a fait l'éloge, par MM. GERNEZ, MOURE et MONDOR.

TABLE DES MATIÈRES